

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 février 1895, à 1 heure

Par EMILE DIET

Né à Saint-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire)

DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

(Opération de MAISONNEUVE)

DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INTESTINAUX

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
JALAGUIER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

154

Faculté de Médecine de Paris

154

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 février 1895, à 1 heure

Par EMILE DIET

Né à Saint-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire)

DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

(Opération de MAISONNEUVE)

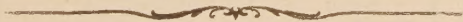
DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INTESTINAUX



Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
 { JALAGUIER, LEJARS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	N. LATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA FAMILLE

A MON AMI ERNEST OZO

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR BOIFFIN

Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

A MES MAÎTRES
MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE
MÉDECINE DE NANTES
MESSIEURS LES CHIRURGIENS ET MÉDECINS
DES HOPITAUX DE NANTES

DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE

(Opération de MAISONNEUVE)

DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INTESTINAUX

INTRODUCTION

Dans un travail sur l'entérectomie et l'entérorraphie, publié en 1881 dans la *Revue de Chirurgie*, Bouilly, après avoir constaté les progrès récents de ces opérations, ajoutait ces mots : « Je n'ai qu'un regret à exprimer : Ces opérations dont l'origine est française, fondées sur une expérimentation dont presque toute la gloire revient à nos compatriotes, exécutées avec des procédés conçus et nés chez nous, sont presque totalement abandonnées dans le pays qui les vit naître, et c'est à peu près exclusivement à l'étranger que nous en trouvons les seuls exemples récents. »

Une autre opération, également conçue en France, et exécutée pour la première fois chez nous, l'entéro-anastomose de Maisonneuve, a partagé longtemps le sort de l'entérectomie et de l'entérorraphie. Moins heureuse encore et plus oubliée, elle a disparu pendant de longues années de la pratique chirurgicale de tous les pays. De 1854 à 1888, la littérature médicale est muette à son sujet : pas un chirurgien, tant français qu'étranger, n'avait osé reprendre l'idée de Maisonneuve. Il ne restait de l'entéro-anastomose que le souvenir de deux insuccès : abandonnée par son auteur découragé, vivement discutée sinon condamnée par la Société de chirurgie de Paris, elle semblait destinée à rester dans l'oubli.

Lorsque l'avènement des doctrines antiseptiques et l'application des méthodes de pansement dues aux travaux de Lister et de Pasteur vinrent ouvrir la voie à la chirurgie abdominale, la plupart des procédés opératoires employés autrefois, modifiés et perfectionnés suivant les progrès incessants des méthodes nouvelles, gardèrent leur place dans le traitement des affections de l'abdomen, et l'on continua de les mettre en pratique. L'entérectomie et l'entérorraphie sont de ce nombre. Presque seule l'entéro-anastomose fut abandonnée dans cette révolution de l'art chirurgical. Les auteurs n'en parlaient pas ou n'en faisaient mention que pour en constater l'insuccès, et il fallut à l'entéro-anastomose les succès d'une autre opération analogue pour qu'elle prit rang dans la pratique chirurgicale de nos jours.

Appuyée sur des études minutieuses, précédée d'expériences nombreuses, rationnelles et concluantes, qui avaient

manqué à l'entéro-anastomose, ayant une méthode fixée d'avance, une opération dérivée de celle de Maisonneuve, la gastro-entérostomie, conçue par Nicoladoni, était exécutée pour la première fois par Woelfler, le 28 décembre 1881, à la clinique de Billroth. Cette opération, destinée à remédier aux rétrécissements cancéreux du pylore, fit rapidement son chemin. Regardée tout d'abord comme une opération de nécessité, lorsque la pylorectomie était impraticable, elle fut bientôt exécutée de propos délibéré, et dans sa thèse sur la gastro-entérostomie, au début de 1893, Wilhelm, pouvait en réunir 219 observations.

Cette opération rappela l'attention sur l'entéro-anastomose de Maisonneuve. Elles étaient nées toutes deux d'un même besoin, elles avaient le même but à remplir, le rétablissement des fonctions intestinales; et le succès de l'une devait nécessairement amener la rénovation de l'autre. Les résultats favorables de la gastro-entérostomie, les inconvénients de l'anus contre nature, unique opération palliative des rétrécissements inopérables, ouvraient le champ à l'entéro-anastomose. A mesure que croissent les perfectionnements des résections et des sutures intestinales, l'anus contre nature est discuté et voit se restreindre ses indications, pendant que l'entéro-anastomose prend sa place dans le traitement d'un grand nombre d'accidents d'obstruction, et en particulier des rétrécissements intestinaux.

Au temps de notre internat, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous avons eu l'occasion d'assister à plusieurs opérations d'entéro-anastomose, lorsque M. Boiffin nous fit remarquer l'intérêt que présenterait l'histoire de ses opérés,

dont quelques-uns avaient pu être régulièrement suivis, et nous engagea à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons cinq observations complètes d'entéro-anastomose latérale, dont trois pour cancer et deux pour rétrécissements simples de l'intestin, et nous avons pu joindre aux six cas, déjà cités dans le mémoire de M. Chaput, 15 observations nouvelles d'opération de Maisonneuve.

Nous n'avons exposé dans ce travail que l'opération telle que la réalisa Maisonneuve, c'est-à-dire, l'*entéro-anastomose latérale simple, sans résection*, dans son application au traitement des rétrécissements intestinaux en général, *rectum excepté*.

L'exposé de la question comprend deux parties, dont la première est elle-même divisée en quatre chapitres.

Après avoir exposé dans le premier quelques considérations sur les rétrécissements, et signalé quelques faits particuliers, propres à leurs symptomatologie, et relatés dans la plupart des cas, nous avons résumé brièvement dans un second chapitre l'historique de leur traitement et l'état actuel de cette question.

Le chapitre III traite des indications et des contre-indications de l'anus contre nature dans les rétrécissements, le quatrième de l'entérectomie suivie d'entérorraphie.

La seconde partie se compose de six chapitres, consacrés tout entiers à l'entéro-anastomose :

1^o Chapitre V. Historique de l'opération de Maisonneuve ;

2^o Chapitre VI. Ses modifications ;

3^o Chapitre VII. Ses causes d'insuccès ;

4° Chapitre VIII. Ses indications et ses contre-indications dans les rétrécissements ;

5° Chapitre IX. Ses conditions de succès ;

6° Chapitre X. Observations. Résultats. Conclusions.

Les observations publiées depuis le travail de M. Chaput ont été autant que possible rapportées dans tous leurs détails. Malheureusement il en est quelques-unes que nous n'avons pu nous procurer complètement.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, d'adresser à notre cher maître, M. le D^r Boiffin, l'hommage de toute notre gratitude pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études, et plus particulièrement au temps où nous avons l'honneur d'être son interne, et pour l'obligeance qu'il a mise à nous prodiguer ses conseils et à nous guider dans nos recherches.

Que M. le professeur Terrier veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance et de nos sentiments les plus respectueux pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions oublier dans nos remerciements notre cher ami, M. Ozo, pour le zèle et la complaisance avec lesquels il nous a secondé dans notre travail, et ceux de nos amis de Nantes qui ont bien voulu mettre leurs observations personnelles à notre disposition.

CHAPITRE PREMIER

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'INTESTIN.

L'étude des rétrécissements de l'intestin et des symptômes auxquels ils donnent naissance est de date récente, et malgré les nombreux travaux publiés sur le sujet, on n'a pas fait entièrement la lumière sur les difficultés du diagnostic, diagnostic sur lequel reposent tout entières les indications opératoires dans leurs nombreuses modalités. Nous allons chercher à préciser les éléments de ce diagnostic d'après les observations récentes que nous avons pu recueillir.

Les rétrécissements de l'intestin doivent être divisés en deux classes :

Les rétrécissements simples ;

Les rétrécissements cancéreux.

Les rétrécissements simples sont d'une variété infinie, les traumatismes, les étranglements herniaires, les ulcérations des entérites chroniques et de la dysenterie, la syphilis et surtout la tuberculose sont les causes principales qui peuvent les déterminer. Les rétrécissements

tuberculeux entrent pour une large part dans cette énumération. C'est ainsi que Czerny a pratiqué trois fois la résection intestinale pour des rétrécissements tuberculeux de la valvule iléo-cœcale, et Billroth, a également réséqué six fois le cœcum dans des cas d'occlusion dus à des lésions tuberculeuses. Mais parmi les rétrécissements simples, il est une classe toute spéciale, remarquable par son étiologie et les interventions opératoires qu'elle réclame : l'étude en remonte à quelques années à peine, et les observations en sont rares : ce sont les rétrécissements qui succèdent aux invaginations chroniques guéries spontanément. Dans son *Traité de pathologie* Kœnig (1) signale ce fait : « On voit, dit-il, certains individus recouvrer une santé parfaite à la suite de l'invagination, tandis que chez d'autres il reste des rétrécissements de l'intestin se manifestant par des rétentions de matières fécales, des diarrhées, des coliques. » Dans sa thèse de 1878, Rafinesque (2) écrivait : « Un procédé de guérison, que Rilliet était tenté d'admettre pour réel, et que quelques faits tendraient à faire accepter est le suivant : La rétraction et l'atrophie des cylindres invaginés arrivent à ne plus produire qu'un rétrécissement du calibre de l'intestin compatible avec la vie. » Et il en rapporte quatre observations, une de Rilliet, une personnelle, une de Velpeau et une de Nicaise.

Dans son *Etude sur l'intervention chirurgicale dans*

1. Kœnig. *Traité de pathologie*. T. II, p. 298.

2. Rafinesque. *Etude sur les invaginations intestinales chroniques*. Th. Paris, 1878.

l'invagination chronique, M. Boiffin(1) a rapporté un cas de ce genre, où une invagination, survenue dans l'enfance et guérie spontanément, avait laissé un rétrécissement cylindrique, fort long, amenant des accidents tardifs d'obstruction. Dans un second cas, les troubles remontaient seulement à quelques mois.

Un autre mode de rétrécissement se rencontre quelquefois. Dans les typhlites et pérityphlites chroniques, les lésions de voisinage marchent de pair avec les lésions intestinales. Le cœcum s'immobilise dans la fosse iliaque, et la région iléo-cœcale tout entière est englobée dans le processus inflammatoire. Les brides cicatricielles, les adhérences multiples rendent alors impossible une intervention radicale que réclament les troubles digestifs, les accidents d'obstruction, les suppurations chroniques et l'état général du malade.

Il est encore un autre genre de rétrécissements qu'on ne saurait passer sous silence. Ce sont les rétrécissements qui succèdent aux hernies étranglées et qui peuvent se produire de deux façons : ou, au niveau d'un point de sphacèle un travail lent de cicatrisation et de rétraction cicatricielle consécutive, détermine une diminution du calibre de l'intestin, ou les deux parties de l'anse étranglée sont accolées par des adhérences développées entre les tuniques séreuses juxtaposées : il en résulte une coudure, et le bout supérieur se remplissant de matières et comprimant par sa distension le bout inférieur, ferme le passage aux contenus intestinaux. A la Société de chi-

1. *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.

rurgie, Nicaise a communiqué, le 27 octobre 1880, un cas de ce genre ayant rapport à un homme de 58 ans, opéré en 1875 d'une hernie inguinale droite étranglée et qui succomba à des accidents foudroyants d'obstruction, cinq ans après, à l'occasion de l'administration d'un purgatif. Toutes les coudures et adhérences, qu'elles qu'en soient les causes, peuvent donner lieu à de pareils accidents.

Les rétrécissements cancéreux de l'intestin sont beaucoup plus fréquents que les rétrécissements simples. On trouve dans les auteurs quelques cas de sarcome, et Senu (1), dans son *Traité de chirurgie intestinale*, en a signalé deux cas : l'un rapporté par Nicolaysen, l'autre par Bessel-Hagen, mais le plus grand nombre des rétrécissements néoplasiques d'origine maligne est dû à l'épithélioma cylindrique de la muqueuse intestinale. Ces rétrécissements peuvent se rencontrer avec une fréquence variable sur toute la longueur de l'intestin.

La statistique de *Leichtenstern* donne pour 100 cancers :

80	pour le rectum
12	» côlon
4	» cœcum
4	» l'intestin grêle

Trèves (2), dans son travail sur l'obstruction intestinale, a dressé une statistique de 43 cas, répartis de la façon suivante :

1. Senu. *Intestinal surgery*, 1888.

2. Trèves. *Intestinal obstruction*.

28 cancers du côlon

10 de l'intestin grêle

5 de la valvule iléo-cœcale

Enfin *Hausmann* (1), dans sa thèse de 1882, réunit 285 cas de cancer : dont :

116 pour l'S iliaque

47 » le cœcum

28 » l'intestin grêle

28 » le côlon descendant

25 » le côlon transverse

19 » le côlon ascendant

10 » l'angle splénique du côlon

8 » l'angle hépatique du côlon

Le cancer de la valvule iléo-cœcale appelle tout spécialement l'attention. Son extension de proche en proche aux parties voisines, cœcum et iléon, l'infiltration péri-cœcale rapide et étendue, la formation prompte d'adhérences, rendent la plupart du temps très difficile la résection iléo-cœcale et forcent le chirurgien à se contenter d'un procédé de traitement purement palliatif.

Les lésions ne sont pas limitées au point occupé par le rétrécissement lui-même. Que le rétrécissement soit simple ou d'origine cancéreuse, les parties de l'intestin situées au-dessus et au-dessous de l'obstacle, subissent des changements de structure qui ne sont pas sans influence sur la détermination que le chirurgien doit prendre au moment d'intervenir. Les parois intestinales, dans la partie d'intestin qui précède le rétrécissement, subissent une hyper-

1. Hausmann. *Du cancer de l'intestin*. Thèse Paris, 1882.

trophie compensatrice: une dilatation qui peut devenir considérable s'établit lentement, à moins que la forme chronique ne se change brusquement en obstruction aiguë. Cette sorte de poche peut s'enflammer et s'ulcérer au contact prolongé des matières, et, en déterminant une inflammation de voisinage, provoquer la formation d'adhérences péritonéales, qui rendront la résection problématique ou impossible. D'autre part l'extrémité inférieure de l'intestin dans toute la partie située au-dessous du rétrécissement subit le sort de tous les organes soumis à un moindre travail. Le cours des matières étant en partie interrompu, elle se rétracte et s'atrophie, si bien qu'après avoir pratiqué l'entérectomie, alors que le chirurgien se prépare à réunir par entérorraphie circulaire les deux bouts divisés, la différence de calibre est telle qu'il en résulte des difficultés considérables pour l'exécution de cette opération.

Dans les cas de rétrécissements cancéreux, le mésentère est envahi par le processus morbide: des noyaux cancéreux se développent dans les ganglions et dans le péritoine. Enfin, si une occlusion aiguë éclatant brusquement n'amène pas rapidement la mort, la généralisation se fait et la cachexie cancéreuse emporte le patient.

Il importe donc, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de rétrécissement de l'intestin d'établir aussi rapidement que possible un diagnostic exact, afin de prévenir par une prompte intervention, les complications locales et générales qui se produisent fatalement tôt ou tard. C'est la principale condition de succès de l'intervention chirurgicale, c'est aussi sa pierre d'achoppement; car, si les

moyens ne manquent pas, pour la suppression de l'obstacle, encore faut-il arriver à temps pour que l'application des procédés opératoires soit possible, sans faire courir au malade des dangers sérieux, et lui assurer encore une guérison durable. C'est en raison de l'insuffisance de leurs connaissances sur la symptomatologie des rétrécissements intestinaux que les chirurgiens d'autrefois n'ont rien mis en pratique pour leur traitement, et que beaucoup de médecins d'aujourd'hui privent leurs malades de l'intervention salutaire. C'est grâce aux études récentes qui ont révélé cette symptomatologie, que l'on a pu réaliser de nos jours les opérations considérées autrefois comme des tentatives insensées et criminelles, et procurer à un nombre considérable de malades la guérison radicale autrefois inconnue.

Cette connaissance des symptômes des rétrécissements est de date récente. Alors que les lésions anatomo-pathologiques étaient connues dès le commencement de ce siècle, c'est de nos jours seulement que date l'étude sérieuse de la symptomatologie.

Il est des rétrécissements intestinaux qui évoluent silencieusement, et ne révèlent pendant longtemps leur existence que par des troubles digestifs vagues qui ne permettent pas de poser de prime abord un diagnostic exact. Des observations nombreuses prouvent en effet que dans bien des cas il n'y a aucune relation directe à établir entre le rétrécissement de l'intestin et les phénomènes observés. Rafinesque (1) l'a montré pour l'invagination

1. Rafinesque, *loc. cit.*

chronique : « N'a-t-on pas vu souvent, écrit-il, des malades vivre pendant de longues années avec un rétrécissement intestinal cicatriciel même très étroit, en conservant une santé supportable? Les malades atteints d'invagination chronique ne seront-ils pas dans le même cas si tout processus congestif ou inflammatoire a cessé de se produire du côté de l'intestin déplacé? » Il en est de même pour les rétrécissements cancéreux, et nombreux sont les faits où des rétrécissements très serrés de ce genre n'ont été découverts qu'à l'autopsie ou ne se sont révélés brusquement qu'après une évolution lente et silencieuse. Dans le traité de *Trèves* (1), sur l'obstruction intestinale, la figure 47 montre un rétrécissement très étroit du jéjunum qui ne causa jamais de symptômes d'obstruction : le patient mourut de diarrhée chronique.

Coupland et *Morris*, cités par *Trèves*, ont rapporté un cas de rétrécissement annulaire du jéjunum si étroit qu'il admettait seulement une sonde n° 7, et cependant le malade ne présenta aucun symptôme intestinal pendant la vie.

Cette absence absolue de symptômes d'obstruction tient beaucoup à la localisation de l'obstacle. Siège-t-il sur l'intestin grêle, l'état liquide des matières intestinales leur permet de franchir l'obstacle jusqu'à ce que le calibre de l'intestin soit presque complètement obstrué. De même, si le contenu du côlon est liquide, des rétrécissements relativement serrés de ce canal peuvent ne produire que des symptômes modérés et tardifs d'occlusion. Mais dans ce cas le fait est moins fréquent.

1. *Trèves, loc. cit.*

« La forme chronique des obstructions, dit M. Jalaguier (1), est caractérisée par la succession de deux ordres d'accidents; des symptômes de diminution progressive du calibre de l'intestin et des symptômes d'arrêt complet des matières. » Mais avant d'en arriver à l'obstruction qui n'est souvent que la période ultime de leur évolution, les rétrécissements intestinaux se révèlent par un ensemble de symptômes spéciaux, identiques dans la majorité des cas. Ces symptômes communs se rattachent à des troubles digestifs qui sont souvent les seuls indices de l'évolution cachée d'un néoplasme de l'intestin. Il est aussi des symptômes, essentiellement variables, se produisant dans les conditions les plus opposées, qui font varier et errer le diagnostic.

En général, le rétrécissement intestinal d'origine cancéreuse suit sa marche progressive, et les symptômes d'obstruction chronique due au resserrement de l'anneau néoplasique s'accroissent jusqu'à l'apparition presque fatale de l'occlusion aiguë ou jusqu'à la mort par cachexie, mais, comme nous l'avons dit, les phénomènes rapides d'obstruction sont rares, et les caractères dominants consistent dans des alternatives de diarrhée et de constipation. La constipation est le premier symptôme. Elle cède à l'emploi des purgatifs pour reparaitre quelque temps après. Des débâcles accompagnées d'un grand soulagement suivent ces crises de constipation. Une diarrhée rebelle, sanguinolente parfois, rarement hémorrhagique, peut s'établir dans l'intervalle des accès de cons-

1. Jalaguier. *Traité de chirurgie*. T. VI.

tipation. Elle accompagne, à la période ultime de l'évolution du cancer, la désintégration du néoplasme. Les mêmes symptômes s'observent dans les rétrécissements simples : seules les hémorrhagies, qui sont du reste exceptionnelles dans le rétrécissement cancéreux, manquent dans presque tous les cas.

Mais d'autres signes, auxquels on n'a pas jusqu'ici attaché une importance assez considérable, dont on n'a tout au moins jamais donné un tableau complet au chapitre de la symptomatologie des rétrécissements intestinaux, se retrouvent avec une constance remarquable dans les observations publiées jusqu'ici. Bien que la signification clinique de ces symptômes ne suffise nullement à affirmer la nature de l'affection, leur réunion dans un cas donné et surtout leur répétition à de fréquents intervalles doivent mettre le chirurgien en éveil et le guider dans ses recherches : elles doivent être suffisantes pour lui indiquer et lui permettre de tenter l'intervention précoce de laquelle dépendent le succès et la guérison durable. En examinant les quelques observations récentes et complètes que nous avons pu recueillir sur ce sujet, nous trouvons la mention de ces symptômes dont on doit étudier sérieusement les causes et rechercher la signification. Ce sont des coliques soudaines, souvent violentes, parfois assez aiguës pour arracher des cris aux malades, revenant par crises et s'accompagnent de gargouillements intenses, en même temps que les anses intestinales distendues et dont on peut suivre les contractions péristaltiques, se dessinent sous la paroi abdominale. Ces phénomènes surviennent régulièrement après les repas,

à des heures presque fixes et sont plus marquées après l'ingestion de certains aliments à l'exclusion d'autres.

Dans son travail sur le *Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique*, publié dans les *Archives provinciales de chirurgie en 1892*, M. Boiffin rapporte l'observation d'un jeune homme de 24 ans, opéré par lui le 28 mai 1892 d'une invagination iléo-cœcale chronique, et voici ce que nous y trouvons : « Cet homme nous dit qu'il y a environ deux mois qu'il présente des accidents du côté du ventre, et, bien que nous cherchions à préciser le mode de début, le malade nous dit que ces douleurs sont venues progressivement et ont augmenté dans l'espace de quelques semaines. Mais nous devons ajouter que pendant sa convalescence, le malade dégagé de toute préoccupation et de toute douleur, se rappela bien nettement qu'il avait été pris brusquement en travaillant de douleurs sourdes généralisées à tout l'abdomen, puis il avait eu des vomissements, des coliques intenses avec de la constipation. Dans les jours suivants, il avait remarqué au niveau de la région ombilicale la présence d'une grosseur très sensible à la pression : puis à la constipation des premiers jours succéda une diarrhée abondante, et il remarqua plusieurs fois, dans ses selles, « comme du sang pourri », cet accident cessa pendant trois semaines pour réparaître encore plusieurs fois. »

« Les douleurs abdominales sont continues, généralisées, avec maximum du côté droit : mais les coliques apparaissent surtout après l'ingestion des aliments, qui cependant ne consistent, depuis quelques semaines, qu'en

bouillon, lait et boissons. *Chaque crise de coliques est presque régulièrement suivie d'évacuations abondantes avec ténésme rectal.* »

Cette observation pourrait servir de type : mais nous retrouverons dans les autres les faits déjà signalés. Dans une observation de M. Boiffin que nous publierons *in extenso*, relative à un rétrécissement du côlon ascendant, nous voyons que, à la suite d'une invagination survenue vers l'âge de deux à trois ans, le patient, après avoir ressenti pendant près de quinze ans des coliques fréquentes, éprouva des crises irrégulières de coliques, des alternatives de diarrhée et de constipation, des symptômes intermittents d'occlusion. Et il suffira de se reporter aux observations qui feront le sujet de ce travail, aussi bien à celles que nous avons pu recueillir ou vérifier nous-mêmes qu'à celles de Littlewood, de Russel, de Homans, de Chaput, etc., pour y trouver la relation des symptômes analogues.

A eux seuls, nous le répêtons, ils ne suffisent pas pour qu'on puisse affirmer l'existence d'un rétrécissement, mais puisqu'ils se présentent avec une régularité presque constante dans chaque cas, on doit en reconnaître toute la valeur. Ils apparaissent souvent avant que la palpation la plus attentive et la plus minutieuse révèle la présence d'une tumeur, et c'est précisément parce qu'ils sont les symptômes du début, les premières manifestations du développement d'un rétrécissement, qu'ils ont une plus grande importance clinique, car ils permettront l'intervention précoce, seule féconde en bons résultats.

Les erreurs sont fréquentes sans doute : on a attribué et

l'on attribuera souvent les désordres observés aux maladies les plus variées, dyspepsies, gastralgies, coliques hépatiques, affections utérines, péritonites, etc. Mais faut-il en conclure que, en cas de doute, il sera bon d'attendre toujours, pour se décider à une intervention, qu'une tumeur apparaisse, ou que des signes plus certains, mais aussi plus redoutable, des rétrécissements intestinaux, se montrent dans la suite? Ces signes ne sont malheureusement que trop souvent les manifestations de désordres graves, irrémédiables, et marquent le dernier terme de l'évolution de lésions méconnues : ce sont les perforations intestinales au niveau ou au-dessus du rétrécissement, les péritonites suraiguës, les fistules stercorales ouvertes à la peau ou dans les viscères du voisinage, les accidents de stercorémie, l'amaigrissement, la dénutrition, la cachexie, la généralisation cancéreuse.

En présence de renseignements aussi peu certains, l'embarras étant grand, il faut chercher, par d'autres moyens et d'autres signes, la preuve de l'existence d'un rétrécissement. Mais en éveil par la constatation des troubles digestifs que nous avons signalés, le médecin doit s'enquérir d'une façon toute spéciale des antécédents morbides du malade : l'entérite, la typhoïde, la dyssentérie, qui peuvent déterminer par cicatrisation des ulcérations qu'elles produisent des rétrécissements à évolution lente. Il ne devra pas oublier de s'informer des opérations chirurgicales que le malade aurait pu subir pour une affection abdominale quelconque, afin d'écarter l'hypothèse d'adhérences ou de brides cicatricielles étranglant l'intestin. Mais c'est l'exploration attentive et minu-

tieuse de l'abdomen qui donnera dans la plupart des cas les renseignements les meilleurs et les plus certains. On notera soigneusement le ballonnement du ventre, la sonorité ou la matité des diverses régions, la distension des anses parfois en relief sous la paroi. Par un examen méthodique on aura soin d'éliminer les tumeurs extérieures à l'intestin, tumeurs qui peuvent causer par leur développement des accidents d'obstruction en comprimant le tube intestinal en l'un ou l'autre de ses points ou en déterminant des points de péritonite partielle et des adhérences inflammatoires : de ce nombre sont les tumeurs si fréquentes de l'utérus et des ovaires.

Il est de la plus grande importance de localiser aussi exactement que possible les rétrécissements et d'en déterminer le siège. La fouille des hypocondres (Frantz-Glénard), sera minutieusement faite et répétée au besoin. Les angles hépatique et splénique du côlon, qui sont souvent le siège de néoplasmes, seront l'objet d'un examen tout spécial, et le chirurgien devra mettre toute son attention à l'exploration de la fosse iliaque droite : les tumeurs malignes, les pérityphlites chroniques ulcéreuses, les invaginations chroniques, toutes les causes d'obstruction peuvent s'y trouver. Et si, malgré toutes les explorations, un rétrécissement, de quelle que nature qu'il soit, reste introuvable, le toucher rectal et le toucher vaginal ne doivent jamais être négligés. Ils permettront parfois ou de trouver la cause de l'occlusion dans l'organe exploré, ou de localiser dans un organe voisin, dans les anses intestinales adjacentes, dont l'examen par la paroi abdominale est impossible, les lésions qui

déterminent par leur développement les accidents observés.

Il faut avouer cependant que, en dépit de toutes les précautions, dans un certain nombre de cas, le diagnostic reste incertain. La présence d'un rétrécissement simple, même d'une tumeur intestinale, est parfois bien difficile à déceler, et l'on ne saurait dans toutes les circonstances affirmer les lésions et en déterminer le siège avec certitude. Sur 56 observations d'invagination chronique rapportées par Rafinesque, le diagnostic exact n'avait été porté que 10 fois. Cependant Trèves (1) prétend que l'on découvre une tumeur dans 60 pour 100 des cas.

C'est en s'attachant à rechercher les troubles digestifs vagues, sur la signification desquels nous nous sommes étendu, troubles notés dans toutes les observations, en s'efforçant d'en pénétrer le sens et d'en discuter, pour les éliminer une à une, toutes les causes, c'est enfin en rapprochant ces symptômes de symptômes concomitants plus ou moins marqués, de faits constatés par soi-même ou révélés par les antécédents, que le chirurgien pourra arriver à poser un diagnostic tout au moins de probabilité et tenter la laparotomie exploratrice à un moment où une intervention radicale est possible avec de sérieuses chances de succès.

1. *Loc. cit.*

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE DE LA QUESTION DE L'INTERVENTION CHIRURGICAL DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INTESTINAUX ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION DE L'INTERVENTION.

L'application rationnelle du traitement chirurgical aux rétrécissements de l'intestin est de date récente. La chirurgie intestinale n'est entrée en effet dans une période vraiment scientifique que lorsqu'elle a été basée sur des diagnostics exacts, fondés sur la connaissance approfondie de la symptomatologie et des phénomènes anatomo-pathologiques des obstructions. Cette époque des solutions chirurgicales nettes et précises vient de s'ouvrir à peine.

En général, à l'époque encore proche de nous, où l'incertitude du diagnostic ne permettait pas l'exécution de procédés radicaux, on se contentait, en présence des troubles digestifs symptomatiques d'un rétrécissement, de veiller, en soumettant le malade à un régime alimentaire approprié, aux accidents probables d'obstruction et à en retarder l'apparition. On ne tentait rien contre le rétrécissement lui-même : on se limitait à la mise en pratique

de la médication des symptômes observés. On n'opérait qu'en dernière ressource, lorsque l'occlusion éclatait brusquement au cours de l'évolution lente et progressive du rétrécissement ; et encore n'en venait-on à l'intervention chirurgicale qu'après avoir épuisé la série des purgatifs et des moyens mécaniques appliqués à l'aveugle.

Aussi loin que nous cherchions dans l'histoire de la médecine, dès les temps les plus reculés, nous trouvons des opérateurs audacieux qui, devant l'insuffisance manifeste et les échecs trop fréquents des moyens médicaux, n'hésitèrent pas, en dernière ressource, à ouvrir la cavité abdominale pour y chercher et détruire l'obstacle qui s'opposait au cours des matières intestinales. Ces premiers essais de la chirurgie abdominale furent rares. Ces tentatives hardies, ces recherches hasardeuses d'obstacles dont la nature et le siège étaient inconnus, ne contribuèrent pour la plupart qu'à augmenter l'effrayante mortalité des obstructions.

En suivant pas à pas l'histoire de la chirurgie, en parcourant dans leur ordre d'apparition les traités publiés successivement, on assiste à l'évolution lente mais continue de la chirurgie abdominale vers un progrès nouveau et l'état actuel des choses. Au début, c'est l'intervention au moment des accidents, la laparotomie grave et contestée, l'entérotomie généralement en faveur : puis peu à peu la fortune change, et à mesure que la laparotomie, perfectionnée dans ses méthodes, et plus féconde dans ses résultats, prend une plus large place, au milieu des contestations et des luttes des partisans, de l'un et l'autre procédé, une nouvelle méthode se fonde,

celle des interventions radicales, préventives des accidents, en l'absence de tout symptôme d'occlusion complète.

Avant la mise en pratique des méthodes antiseptiques, la laparotomie avec ses immenses dangers et ses incertitudes restait une opération qu'on n'osait faire et qui était réservée aux cas désespérés. L'anus contre nature mode d'intervention incomplet, mais moins dangereux, bien qu'exécuté par le plus grand nombre, n'était accepté que comme une ressource ultime, un pis-aller.

L'histoire de l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements, en dehors des phénomènes d'occlusion, n'est en somme que l'histoire de la laparotomie elle-même. Comme toutes opérations difficiles et sérieuses appliquées au traitement d'affections graves par elles-mêmes et souvent fatales, la laparotomie dans les affections intestinales rencontra la plus vive opposition. « A ses débuts, dit Senu (1), la mortalité était si grande que l'opération fut condamnée et considérée comme un meurtre commis de propos délibéré. » L'idée qu'on ne pouvait ouvrir la cavité abdominale sans déterminer nécessairement une péritonite grave, sinon mortelle, devait céder peu à peu devant les résultats obtenus. Il resta longtemps des partisans de l'abstention dans les obstructions causées par les tumeurs intestinales. Quelques-uns même condamnaient en pareil cas toutes les interventions, quelles qu'elles fussent. Dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud* sur le traitement du cancer de l'intestin, Des-

1. Senu. *Intestinal Surgery*. loc. cit.

prez (1) écrivait : « En cas d'occlusion intestinale d'origine cancéreuse, l'entérotomie et l'établissement d'un anus artificiel ne seraient même pas justifiés. »

Cependant à cette époque, la question se posait assez simplement entre la laparotomie et l'entérotomie. Celle-ci avait d'ailleurs la préférence : les traités d'alors en font foi. Mais à mesure que les auteurs se rapprochent de nous, nous assistons à l'évolution qui se fait en faveur de la laparotomie, et c'est à peine si, niant les résultats obtenus, quelques uns persistent dans les vieilles opinions et préconisent l'entérotomie d'une façon formelle à l'exclusion de tous autres procédés.

Dans l'article du *Dictionnaire de Dechambre* (1874), où Blachez (2) expose le traitement des cancers de l'intestin, nous lisons : « Si la lésion siège sur le gros intestin, on obviendra aux accidents par un anus contre nature cœcal ou par la colotomie lombaire. Dans la plupart des cas de cancer siégeant sur l'intestin, l'entérotomie en général sera encore la meilleure ressource. Pourtant dans quelques cas où les lésions organiques qui auront provoqué des accidents d'obstruction n'auront pas une grande étendue et seront bien nettement localisés aux tuniques de l'intestin, on pourra, grâce à la laparotomie, réséquer la petite étendue de l'intestin malade, pour faire l'entérorraphie, mais sans faire grande espérance d'une tentative qui n'a jusqu'à présent donné que des résultats décourageants. »

1. *Dict. Jaccoud*. 7. XIX. 1874. Art. *Intestin*. A. Desprez.

2. *Dict. Dechambre*. art. *Intestin*. T. XVI, 4^e série, 1889. Blachez.

Dans le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay (édit. 1883. T. VI), au sujet du traitement des rétrécissements de l'intestin, nous lisons : « Quant aux rétrécissements de l'intestin, il est clair que, si l'on excepte certains rétrécissements du rectum contre lesquels il est possible d'agir directement pour faire cesser les phénomènes d'occlusion, la laparotomie est absolument impuissante et me paraît formellement contre-indiquée. Je n'oserais en effet suivre le conseil donné par quelques chirurgiens qui seraient portés à ouvrir en pareil cas l'abdomen pour mettre à nu le siège du rétrécissement, pratiquer l'excision de la portion rétrécie, puis réunir par la suture les deux bouts de l'intestin. »

Avec les progrès incessants et le perfectionnement des méthodes chirurgicales et grâce à l'application rigoureuse des procédés de pansements inspirés par les travaux de Pasteur et de Lister, le mouvement se dessine de plus en plus en faveur de la laparotomie. A partir de 1884, les statistiques s'améliorent rapidement, les succès deviennent plus nombreux, et la laparotomie est reconnue comme traitement rationnel. Après avoir admis en 1879 son utilité dans l'obstruction intestinale, la société de chirurgie de Paris, en 1888, la considérant comme une opération à peu près inoffensive en elle-même, reconnaît qu'elle peut être pratiquée au titre de simple mode d'exploration.

Aussi n'est-ce pas sans étonnement qu'on lit dans une thèse parue en 1890, à cette époque si voisine de nous où les procédés radicaux avaient suffisamment fait leurs preuves, une singulière appréciation de la laparotomie

appliquée au traitement des tumeurs intestinales. Dans sa thèse sur le *Traitement de l'occlusion intestinale* (1890) (1), Maturié en restreint les indications de la façon suivante : « Il est tout un ordre d'obstructions qui se refusent, en thèse générale, à la laparotomie ; ce sont celles qui tiennent à des lésions organiques de la paroi intestinale et ce genre d'affection est loin d'être rare. » Dans l'invagination chronique il proscriit également la laparotomie. « De même, dans les cas de tumeurs non mobiles, à cause des adhérences entre le néoplasme et l'intestin, alors que la compression pour une raison ou pour une autre ne pourra être levée, il ne restera plus que la ressource d'établir un anus artificiel. Quand on se trouve en présence de tumeurs ou de rétrécissements de l'intestin, surtout quand les tumeurs sont de nature maligne et que le diagnostic a été bien constaté par l'exploration du ventre, l'introduction des sondes, par les injections, etc., une indication presque unique se pose, établir un anus contre nature. Il sera préférable dans ce cas de faire la cœcotomie ou toute autre entérotomie que de suivre l'exemple de Schramm, qui conseille de réséquer franchement l'intestin dans le cas de néoplasme, et de n'avoir recours à l'anus artificiel que lorsqu'on a affaire à des néoplasmes trop étendus. Les obstructions chroniques, de cause inconnue, qui résultent presque toujours de rétrécissements ou de tumeurs, doivent être traitées par l'anus artificiel. »

En somme, laissant de côté cette manière de voir, con-

damnée par la pratique et l'enseignement des chirurgiens les plus autorisés, nous voyons quelle large voie s'ouvre à la chirurgie abdominale. Une opération d'une garantie presque absolue, moyen de diagnostic excellent, et pouvant devenir à l'occasion, du fait des lésions observées, une opération radicale, s'offre au chirurgien qui doit tenter la guérison des rétrécissements intestinaux. Ce n'est donc plus sur la question d'intervention, depuis longtemps éclairée et réglée par les résultats obtenus, que la discussion s'engage et se poursuit actuellement, mais bien plutôt sur le mode d'intervention lui-même et le moment propre pour agir d'une façon vraiment utile. Malgré les progrès réalisés la question est encore complexe et difficile et entraîne la discussion, suivant que l'on a affaire à une obstruction aiguë ou que l'on s'attaque à un rétrécissement en dehors des phénomènes d'occlusion.

Nous n'avons point ici à exposer cette discussion : la seule question que nous ayons en ce moment à résoudre est celle-ci : à quel moment convient-il d'intervenir ? Nous verrons dans les chapitres suivants comment il convient d'intervenir.

En 1852, Streubel (1) écrivait : « En présence d'un étranglement interne, le médecin se croit plus apte que le chirurgien à diriger le traitement. Sans autre préoccupation que de combattre la constipation opiniâtre, les vomissements, les douleurs abdominales, il entre en campagne armé des remèdes les plus violents avec lesquels il tourmente nuit et jour le malheureux patient, jusqu'à

1. Rafinesque. *Loc. cit.*, t. 186.

ce que l'organisme succombe à ces tortures. Certes, si quelque chose pouvait étonner, ce serait de voir les malades résister si longtemps. »

Nous n'en sommes plus aujourd'hui à l'application de tels procédés : mais les calmants, l'opium, la morphine, qui ont remplacé dans la thérapeutique médicale d'aujourd'hui, les purgatifs violents et l'émétique d'autrefois, en donnant au médecin l'illusion d'une amélioration passagère, ne sont peut-être pas beaucoup moins dangereux.

Cette expectation prolongée n'a plus lieu d'être mise en pratique de nos jours. Dans l'ordre de faits qui nous occupent, il est illusoire, en effet, d'espérer une guérison spontanée et la cessation naturelle des symptômes d'occlusion, s'ils se produisent. Un seul mode de guérison, si rare qu'il serait puéril de compter sur lui, reste possible : c'est l'ouverture d'une fistule intestinale au-dessus du rétrécissement. *Trèves* (1), en rapporte un exemple emprunté à *Bruchet* (2), concernant un homme de 67 ans chez lequel les matières passaient avec l'urine : l'autopsie montra une invagination du colon avec une fistule s'ouvrant dans la vessie. *Senn*, dans son *Traité de chirurgie intestinale*, fait mention de deux cas observés l'un par *Korcinski*, l'autre par *Gerry*, où une véritable anastomose intestinale s'établit au-dessus du siège de l'invagination. *M. Boiffin* (3), dans un cas de rétrécissement

1. *Trèves. Loc. cit.*

2. *Bruchet. Revue méd. chir.*, 1888, p. 255.

3. *Boiffin. Trait. chirurg. de l'invaginat. intestinale chronique. Arch. prorr. chir.*, 1892.

de l'intestin, suite d'invagination guérie spontanément, a observé une fistule intestinale ouverte dans la vessie.

Mais en présence de ces vagues chances de guérison, guérison qui d'ailleurs ne précède que de bien peu la mort, combien de dangers et de complications nés d'une expectation trop longue. Il suffit de se reporter à la symptomatologie des rétrécissements et de se rappeler la marche de l'affection pour redouter les perforations de l'intestin, les ulcérations ouvertes dans le péritoine qui amènent presque fatalement la mort, la formation d'adhérences rendant les résections impraticables, et les troubles croissants de l'état général qui, en conduisant le patient à une faiblesse extrême, rendent l'intervention impossible.

L'indication formelle est donc d'opérer dès que le traitement médical suffisamment prolongé reste inefficace.

Nous n'en sommes certes plus au temps où, après avoir admis l'intervention chirurgicale dans l'invagination aiguë comme aussi urgente que la ligature d'une artère ouverte, Peyrot (Th. d'agrégat. 1888) se demandait quelle conduite tenir en présence d'une invagination chronique irréductible. Nous sommes arrivés à l'époque qu'il prévoyait et espérait en disant : « Nous voyons cependant poindre une époque où les solutions radicales auront, croyons-nous, plus de chances d'être préférées. »

Les données de l'expérimentation, les progrès de la technique opératoire ont modifié, dans ces dernières années, les procédés employés jusqu'alors. Maintenant que sont oubliées bien des querelles et bien des discussions,

l'utilité et même la nécessité d'une intervention active est admise et reconnue par tous, et le chirurgien possède à sa disposition des moyens nombreux et suffisamment sûrs pour tenter, en présence d'un cas d'obstruction, le traitement idéal, la suppression de l'obstacle, ou le traitement palliatif, le rétablissement artificiel du cours des matières, en rendant dans la mesure du possible la cause de l'obstruction inoffensive. Mais dans quelles circonstances doit-il agir, et parmi les nombreux procédés que les méthodes chirurgicales ont mis entre ses mains, lequel choisir et mettre en pratique ? La nature des lésions, leur étendue, la forme de l'obstruction, l'âge et l'état général du sujet, sont autant de facteurs qui doivent entrer en ligne de compte et faire pencher la balance en faveur de telle ou telle détermination.

L'infinie diversité des cas, la physionomie des accidents, la marche des rétrécissements essentiellement variable avec chaque individu qui, comme le dit Jalaguier (1), « réagit à sa manière », empêcheront toujours de donner une formule concrète pouvant s'appliquer la généralité des faits. Aussi, avant d'aborder plus spécialement l'étude de l'entéro-anastomose et d'en discuter les indications, nous exposerons brièvement les méthodes aujourd'hui en présence.

Nous aurons donc à discuter dans leurs applications et leurs résultats :

1° *L'anus contre nature*, consacré par la pratique de longues années et aujourd'hui fortement discuté ;

1. Jalaguier, *loc. cit.*

2° *La résection intestinale après la laparotomie.*

3° L'entéro-anastomose de Maisonneuve, longtemps délaissée, un moment même oubliée, et que les succès obtenus depuis peu commencent à mettre au grand jour.

CHAPITRE III

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DE L'ANUS CONTRE-NATURE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INTESTINAUX.

Dans l'ordre des faits que nous étudions, il existe deux cas dans lesquels la création d'un anus contre-nature est formellement indiquée, à l'exclusion de toute autre opération. L'une de ces indications vient de l'état général de l'individu, l'autre de la position qu'occupe sur l'intestin le rétrécissement qui s'oppose au cours normal des matières.

1° Le mauvais état général du malade provient de causes diverses. L'évolution lente des rétrécissements intestinaux s'accompagne de troubles digestifs qui amènent progressivement le patient à un état de faiblesse extrême. Si le rétrécissement est d'origine néoplasique et maligne, la cachexie arrive, fatale et rapide. Dans le cas, qui se présente parfois, d'une occlusion aiguë survenant brusquement au cours d'une obstruction chronique, les forces du patient, affaiblies déjà par les troubles antérieurs, sont rapidement à bout, épuisées par la douleur, les vomissements, l'infection stercorale. Le grand âge et l'extrême

jeunesse sont également deux contre-indications aux entreprises chirurgicales difficiles et prolongées.

2° La seconde indication de l'anus contre-nature vient de la position que le rétrécissement occupe sur l'intestin. Un cancer siégeant sur la partie inférieure du côlon ou sur la partie supérieure du rectum, et s'accompagnant de lésions de voisinage étendues, est inaccessible par la laparotomie et ne peut être extirpé par la voie sacrée qu'aux prix de délabrements considérables. Au cas même où une résection serait possible, il faudrait sans doute en venir à la création d'un anus contre-nature, en fixant dans la plaie le bout supérieur de l'intestin, trop éloigné du bout inférieur pour tenter l'entérorraphie dans des conditions favorables, avec quelques chances de succès. Il est impossible d'établir une anastomose intestinale, et la seule ressource qui demeure est l'entérotomie iliaque ou lombaire d'emblée, à moins que l'on ne se résolve à créer un anus sacré, après avoir détruit, au prix de difficultés considérables, et sans espoir d'une guérison durable, tout ou partie du néoplasme.

A part ces indications formelles dans des cas où l'entérotomie se présente comme unique moyen de traitement, en est-il d'autres où, avec les progrès de la chirurgie actuelle il soit aujourd'hui permis de l'appliquer, à l'exclusion de toute autre opération ?

Maintenant que sont oubliées les discussions entre les partisans de l'anus iliaque et de l'anus lombaire, entre ceux qui voulaient ouvrir le gros intestin et ceux qui s'attaquaient à l'intestin grêle, on en est venu à discuter l'utilité de l'anus contre-nature lui-même, et on tend au-

jourd'hui à le rejeter presque d'un commun accord dans le traitement des rétrécissements.

Le but de l'entérotomie consiste uniquement à ouvrir aux matières intestinales une voie d'échappement artificielle au-dessus de l'obstacle qui ferme l'intestin. En supprimant d'une façon complète le passage des matières intestinales dans l'anse malade, elle a l'incontestable avantage d'empêcher l'irritation continuelle et l'inflammation de la partie rétrécie que les frottements et la stagnation des contenus intestinaux entretiennent et augmentent, et d'éviter, ou tout au moins de retarder dans une certaine mesure, les graves accidents des perforations. Mais pour ces avantages, appréciables sans doute, combien de dangers persistent, dus à l'insuffisance du procédé, suivant les cas, suivant les accidents.

L'anus contre nature, établi dans les cas que nous avons regardés comme rationnels, dans les cas d'occlusion aiguë ou sur un sujet affaibli, opération d'exécution rapide, est une intervention tentée un peu à l'aventure, sans notion exacte de la localisation, parfois même de la nature de l'obstacle, et rien n'empêchera le chirurgien d'attirer, par l'étroite ouverture de l'abdomen, une anse intestinale haut placée, voisine de l'extrémité supérieure de l'iléon. Le fait doit même se produire fatalement dans un nombre de cas assez considérable, si le chirurgien se conforme aux règles que lui donnent les auteurs classiques. Ils prescrivent en effet de saisir la première anse qui se présente et de la fixer dans la plaie pour l'ouvrir ensuite, seule solution raisonnable dans de pareils cas, où l'on veut éviter au patient une longue et

fatigante opération. L'ouverture peut donc être faite sur une partie très élevée de l'intestin, loin au-dessus du siège inconnu de l'obstruction, fait malheureux qui s'accompagne inévitablement d'un danger immédiat, l'exclusion physiologique d'une grande partie du canal intestinal qui, dans le cas où le patient guérit de l'intervention opératoire et où, la cause de l'obstruction ou le rétrécissement restant permanents, il est impossible de rétablir la continuité de l'intestin, amène rapidement la déchéance organique et la cachexie par défaut d'absorption.

Écartons même la condition essentielle que nous avons admise. Dans certains cas, sans doute, et ceux-là sortent de la règle, le chirurgien aura toute licence pour opérer dans les meilleures conditions : le malade est dans un état satisfaisant, la tumeur est située sur une anse voisine de l'extrémité inférieure du tube digestif et a pu être assez exactement localisée pour qu'on puisse à coup sûr ouvrir l'intestin à une petite distance du néoplasme ou du rétrécissement. L'anus contre nature sera là incontestablement d'une utilité réelle. Mais supposons une tumeur haut située sur l'intestin ? Nous retombons dans les mêmes conditions que précédemment et, l'opération faite, le malade, échappant à la mort par obstruction, s'en va inévitablement vers la dénutrition, l'affaiblissement fatal.

Dans les cas de rétrécissement, l'opérateur qui se laisserait aller à créer un anus contre nature n'aurait pas même l'excuse qui donne à cette pratique, dans les obstructions aiguës, un semblant de raison. On ne peut en effet espérer ici que cet anus artificiel ne soit que tem-

poraire et qu'une opération ultérieure permette de rétablir la continuité de l'intestin, puisque la guérison spontanée, le rétablissement naturel du calibre intestinal, tel qu'il peut se produire dans l'invagination aiguë par élimination de l'anse invaginée, n'arrivera jamais. Et quand bien même une erreur de diagnostic toujours possible sur la nature de l'obstruction aurait amené la création d'un anus artificiel pour une tumeur ou un rétrécissement curables, pour une accumulation de matières fécales faisant bouchon dans la lumière du canal, quelle conduite tenir en présence de l'infirmité du patient ? On a multiplié, il est vrai, les procédés opératoires qui permettent aujourd'hui la cure de l'anus artificiel, mais les échecs sont fréquents et l'intervention n'est pas exempte de danger. Va-t-on essayer de fermer cette fistule, faire courir au malade les dangers d'une résection intestinale et d'une entérorraphie ? Mais qui nous assure de trouver le bout inférieur perméable ? L'inaction à laquelle cette partie de l'intestin a été condamnée produit une atrophie de ses tuniques, un rétrécissement de son calibre. Et qui pourrait affirmer que les matières intestinales suivront la nouvelle voie qui leur est ouverte et reprendront leur marche normale vers l'anus ?

Il existe enfin une dernière raison qui n'est pas d'importance négligeable dans la discussion et qui plaide contre l'anus contre nature. Il est des malades qui s'accommoient parfaitement d'un anus artificiel. Conscients des dangers évités, ils acceptent les inconvénients de leur nouvel état, inconvénients légers en comparaison des souffrances passées. Mais il n'en est pas moins vrai que

pour beaucoup un anus artificiel est une véritable infirmité et pour quelques-uns même une infirmité insupportable. Billroth, en publiant au Congrès de Berlin en 1890 les résultats obtenus à sa clinique, n'a-t-il pas cité le cas de deux médecins qui, atteints de tumeurs étendues de l'iliaque préférèrent courir les risques d'une résection intestinale extrêmement difficile et dangereuse, — ils en moururent tous les deux, — que d'accepter l'entérotomie qu'on voulait pratiquer? Cette infirmité est d'autant plus grande que la condition sociale de l'individu est moins élevée, et nombreux sont les patients qui, astreints par les exigences de la vie à un travail pénible, viennent demander au chirurgien la guérison de leur nouvelle misère. Les soins minutieux et constants de propreté, que l'anús artificiel réclame, viennent-ils à manquer, les irritations cutanées, les ulcérations douloureuses, les suppurations locales s'ensuivent fatalement : petites misères sans doute, mais dont la continuité et la répétition rendent cet état de choses à charge au patient. Une des preuves en est dans les nombreux travaux et les nombreux procédés que la guérison de l'anús artificiel a suggéré au chirurgien.

Nous n'irons cependant pas, dans cet ordre d'idées, jusqu'à admettre les conclusions de Senu qui s'est élevé avec une évidente exagération contre l'anús artificiel. Vivre, même malheureux, prime, pour beaucoup toute autre chose, et s'il est vrai que, comme le dit Senu : « Un malade avec un anus contre nature est véritablement un objet de pitié », il ne faut pas prendre à la lettre sa dernière appréciation, lorsqu'il écrit : « Je crois

pouvoir affirmer, sans crainte de contradiction, que la plupart de ces infortunés malades préféreraient la mort à une pareille vie de misère ! »

Nous avons montré les inconvénients : discutons les avantages. Quels sont ces avantages allégués par les partisans de l'anus contre nature pour en justifier l'emploi ? Sont-ils suffisants pour faire oublier ou tout au moins contrebalancer avantageusement les inconvénients d'une telle pratique ? Dans le cas présent nous pouvons répondre : *Non*.

L'anus contre nature, disent ses défenseurs est une opération simple. On peut la faire rapidement, sans anesthésie complète, après simple anesthésie de la région opératoire par la cocaïne ou le chlorure d'éthyle. Cet avantage est incontestable, mais spécieux dans beaucoup de cas. Traitement des rétrécissements ne veut pas dire traitement de l'obstruction intestinale. L'obstruction n'est pas le phénomène nécessaire et constant de l'atrésie de l'intestin, elle n'en est quand elle survient, que l'accident souvent ultime et la terminaison. Pour intervenir dans les rétrécissements, il n'est pas besoin, il n'est même pas juste d'attendre ces accidents d'occlusion finale ou l'extrême cachexie, qui rendent impossible une intervention sérieuse : il faut intervenir à l'heure où le malade peut bénéficier d'un traitement qui lui assure des chances sérieuses de guérison. A ce moment l'état général du patient est suffisamment bon pour justifier la laparotomie.

Est-ce la chance beaucoup moindre de ne pas infecter le péritoine qui doit prévaloir. Cette raison était bonne aux temps qui ont précédé la mise en pratique des mé-

thodes antiseptiques. Grâce aux progrès de ces méthodes la laparotomie est devenue une opération de mince importance, et l'ouverture du péritoine si simple et si bénigne, que son emploi s'impose au seul titre de mode d'exploration.

L'entérostomie doit être l'opération réservée aux cas désespérés ou tout au moins très graves, et si elle doit prendre place parmi les traitements des rétrécissements de l'intestin, ce n'est que comme pis-aller, lorsque toute autre opération est formellement contre-indiquée. Employée de la sorte, elle a donné des résultats bien peu favorables, et il n'y a guère lieu d'espérer quelque perfectionnement important de la technique de l'entérostomie. Nous ne voulons point, sur quelques statistiques, juger de cette opération. Il nous semble bon cependant de donner quelques chiffres empruntés à des statistiques récentes qui montreront les dangers d'une pareille manière de faire.

Une statistique publiée en 1879, par Erckelen (1), et portant sur 262 opérations de colotomie par les méthodes de Littre, d'Amussat et autres, donne pour les cas qui nous intéressent, les résultats suivants :

Cancer :	110 cas	68 guérisons	42 morts
----------	---------	--------------	----------

Atrésie :	44 cas	20 guérisons	24 morts
-----------	--------	--------------	----------

Des tableaux dressés à une époque plus rapprochée, à laquelle les résultats devraient sembler meilleurs, accusent une mortalité aussi considérable :

Trèves (2), dans sa statistique (*Enterotomy for mali-*

1. Erckelen (*Arch. f. Klin. Chir. Langenblack*, 1879, p. 41.

2. Trèves. *Intestinal obstruction*, 1890.

gnant stricture) donne les résultats de 48 opérations avec 6 guérisons et 42 morts.

Enfin, en 1892, le Dr Oscar Bloch (1), de Copenhague, réunit 90 observations de cancer de l'intestin (à l'exception du rectum) traité par l'établissement d'emblée d'un anus artificiel, sur les 90 opérés, 72 sont morts et 18 seulement ont survécu.

Il ne reste qu'une raison, et de combien peu de valeur, pour légitimer cette pratique. En présence des difficultés et des risques d'une résection, en raison de l'habileté spéciale que réclament l'entérorraphie circulaire et en général toutes les sutures intestinales, il est des praticiens qui hésiteront à en venir aux méthodes radicales et qui, disposant peut-être de moyens insuffisants, se borneront à exécuter l'entérotomie. Mais à part les rares circonstances que nous avons étudiées, la pratique de l'anus contre nature n'a pas de raison sérieuse pour être exécutée dans les cas de rétrécissement de l'intestin. Comme l'a dit Senu : « L'anus contre nature est chose blâmable en bonne chirurgie », et comme il est au pouvoir du chirurgien de mettre à exécution des moyens plus sérieux et permettant d'obtenir des résultats meilleurs, plus complets et plus durables, à danger égal, l'exécution d'emblée d'un anus artificiel est condamnable en notre temps dans la plupart des cas.

1. Bloch. *Arch. méd. du Nord*, XXXIII, no 1, 1892.

CHAPITRE IV

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE SUIVIE D'ENTÉRECTOMIE ET D'ENTÉRORRAPHIE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INTESTINAUX.

La question de l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements de l'intestin se résout presque unanimement aujourd'hui de la façon suivante : Etant donné un rétrécissement intestinal causant des accidents d'obstruction plus ou moins marqués, si le traitement médical suffisamment prolongé reste inefficace, l'indication de la laparotomie est nettement établie.

La laparotomie répond en effet aux indications que doit remplir une opération radicale :

1° Supprimer ou rendre inoffensive la cause de l'obstruction ;

2° Rétablir immédiatement la continuité du canal intestinal après résection, si elle est possible ; ouvrir aux matières une voie d'échappement, si la résection est impraticable.

Elle permet, en ouvrant une large voie aux recherches de l'opérateur, d'arriver facilement sur le siège de

l'obstacle, et c'est après avoir acquis la connaissance parfaite des lésions et de leurs causes, déterminé leur localisation exacte et leur étendue par l'exploration directe des lésions intéressées, que le chirurgien, en possession de tous les renseignements nécessaires, et devant être en mesure d'intervenir suivant les circonstances, doit régler son opération.

Cette opération, simple dans les cas d'invagination aiguë traités dès le début et dans lesquels la désinvagination est possible, devient, dans les cas qui nous occupent, une entreprise autrement sérieuse et difficile, en raison de la nature de l'obstacle et des opérations complémentaires qui auront pour but, après la suppression du rétrécissement, le rétablissement du canal intestinal interrompu. Aussi, quelle que soit la perfection des procédés opératoires, il est permis de douter si l'on arrivera à des résultats aussi brillants qu'en a donné la laparotomie appliquée au traitement des autres affections abdominales: peut-être les statistiques n'accuseront-elles pas le même nombre de succès que dans l'ovariotomie par exemple. Un facteur sérieux de péril vient de l'affection elle-même, et comme l'a bien montré Senu: « La mortalité de la laparotomie, appliquée au traitement des différentes formes d'obstruction intestinale, sera toujours grande, parce que les conditions qui ont causé l'obstruction sont souvent une source intrinsèque de danger. »

D'autre part, cette différence dans les résultats obtenus tient surtout à ce fait que beaucoup d'opérations ont été et sont encore malheureusement tentées trop tard: « La mortalité de la laparotomie dans les obstructions intesti-

nales, disait Senu (1) en 1890, sera réduite à celle des autres opérations intra-péritonéales, aussitôt que les chirurgiens reconnaîtront l'importance d'opérer de bonne heure, avant que la maladie n'ait ruiné les forces du patient, et avant que les parties comprises dans l'opération n'aient subi d'irréparables changements de structure. »

Et Richelot, exprimant la même pensée, écrivait : « Si la laparotomie ne donne pas tous les résultats qu'on pouvait espérer, ce n'est pas qu'avec l'antisepsie elle ait une extrême gravité, c'est avant tout parce que nous la faisons trop tard. Nous sommes consultés quand le malade est épuisé, algide, presque mort. J'avoue que dans de pareilles conditions l'ouverture du ventre est mal indiquée, autant vaut pratiquer un anus artificiel. Mais quand on arrive à temps, c'est une autre affaire, et la laparotomie reprend ses droits. Dire que dans les cas douteux il faut renoncer au traitement radical, n'est-ce pas encourager beaucoup de nos confrères à persister dans des manœuvres dites médicales, qui ne sont bonnes qu'à fatiguer l'intestin, irriter le péritoine, et laisser passer l'heure où le malade pourrait être sauvé ? »

Il importe donc de faire la laparotomie à temps pour avoir encore un malade capable de subir cette intervention, qui peut le débarrasser d'un néoplasme et lui offrir une guérison radicale. Mais si la laparotomie ainsi comprise, intervention exploratrice au premier chef, est une opération bénigne, elle n'est, en somme, dans les cas qui

1. Senu. *Intestinal Surgery*, loc. cit.

nous occupent, que le premier temps d'un plan opératoire plus complexe. Laparotomie veut dire souvent résection intestinale, et rétablissement, par un procédé quelconque, du tube intestinal interrompu dans sa continuité. Elle s'accompagne donc de temps opératoires complémentaires dont la gravité ne contribue pas peu à noircir les statistiques et à en assombrir les résultats. Bouilly (1), dans son mémoire déjà cité, a fait l'histoire de l'entérectomie et de l'entérorraphie en général. Nous avons à en donner les résultats dans leur application au traitement des rétrécissements de l'intestin.

Il est évident, et c'est un fait à l'heure actuelle reconnu de tous, que après une résection faite dans de bonnes conditions, état général du sujet excellent, peu d'étendue des lésions intestinales, absence de généralisation aux ganglions mésentériques, l'entérorraphie circulaire devrait être l'opération de choix. Seule elle permet de rétablir directement la continuité de l'intestin. Mais quels résultats a-t-elle donnés, et, quels que soient ces résultats, sont-ils de nature à faire accepter cette opération à l'exception de toute autre? La résection intestinale offre-t-elle en un mot des garanties de guérison immédiate sérieuses, et surtout des garanties de guérison durable suffisantes pour compenser les risques et les dangers que son exécution comporte?

Il faut considérer de toute nécessité deux cas. Ou l'on a affaire à des rétrécissements simples, sans grandes lésions de voisinage, et le succès ultérieur n'est que la

1. Bouilly. *De l'entérectomie et de l'entérorraphie.*

conséquence du résultat immédiat de l'opération elle-même. Ou l'on s'attaque à des néoplasmes, et la question de succès immédiat se double et se complique d'une question de survie.

Quels que soient les résultats immédiats d'une entérectomie suivie d'entérorraphie pratiquée pour un cancer de l'intestin, il ne faut pas oublier les chances possibles d'une récurrence qui, après quelques semaines, quelques mois au plus d'une guérison apparente et trompeuse, amènera la mort du patient. Les observations d'entérectomie pour tumeur maligne de l'intestin, dans lesquelles les opérés ont conservé pendant un certain temps une santé parfaite, un état général excellent, sont rares. Nous ne trouvons guère parmi les faits publiés que les cas suivants : chez une opérée de Martini, la guérison se maintenait après 53 mois : dans un cas de Wolkmann, la mort par récurrence n'est arrivée qu'un an et demi après l'excision d'un carcinome de l'S iliaque : l'opéré de Bryant a fait, au bout d'un an, de la récurrence dans la plaie de son anus artificiel : Maydl a vu, chez son malade, la mort venir après un an : le fait de Reybard, le premier en date et l'un des plus beaux, comporte une survie semblable : un malade de Bloch, opéré pour un cancer de l'S iliaque, succombe onze mois et demi après l'intervention à un cancer secondaire du foie. Cet exposé des résultats de l'entérectomie pour cancer ne sont pas faits pour encourager le chirurgien dans cette voie.

Parmi les faits publiés comme cas de guérison complète, il n'en est pas un d'ailleurs qui ne tombe sous le coup de la critique, et l'on a vu assez souvent des

erreurs de diagnostic sur la nature de la tumeur, pour conserver un doute sur les plus évidents. La sûreté du diagnostic n'est que relative, et les cas ne manquent pas, de tumeurs intestinales considérées tout d'abord comme malignes, et qu'un examen ultérieur plus sérieux et mieux conduit a révélées comme étant des tumeurs bénignes ou des produits inflammatoires évoluant localement sans donner naissance à des lésions de voisinage et ne pouvant récidiver après ablation. C'est ainsi que s'expliquent la plupart des guérisons durables que la statistique moderne a recueillies pour le compte de l'entérectomie. Hochenegg (1) a publié un fait de ce genre, dans lequel une tumeur du cœcum isolée dans la cavité abdominale par un procédé spécial après résection et iléo-colostomie, diminua suffisamment dans la suite pour qu'on pût en faire l'ablation.

Bouilly a communiqué, le 11 juillet 1887, à la Société de Chirurgie, l'observation d'une femme opérée avec succès au mois de décembre 1886, pour une tumeur du cœcum considérée comme étant un lymphadénome. En juillet 1891, c'est-à-dire 4 ans après l'opération, la malade était en excellent état. Mais quelque temps après, dans un mémoire communiqué de concert avec Hartmann à la société anatomique, Pilliet, après avoir repris l'examen de la pièce, reconnaissait qu'il s'agissait d'une tuberculose lymphoïde du cœcum.

D'ailleurs, quels qu'en soient les résultats éloignés, l'entérectomie, considérée au point de vue de ses seuls

1. Hochenegg. *Communicat. au Collège médical de Vienne*, 12 février 1894.

résultats immédiats, est une opération d'une gravité réelle et dont les conséquences immédiates sont loin d'être simples et bénignes.

Bien que les perfectionnements apportés aux procédés opératoires aient avantageusement modifié les statistiques d'autrefois, en permettant de réaliser dans des conditions d'antisepsie meilleures, avec des sutures plus parfaites et une rapidité plus grande, la délicate opération de l'entérorraphie et les sutures intestinales dans leurs diverses modalités, si nous considérons les statistiques publiées récemment, nous voyons cependant que l'entérectomie, entre les mains de Billroth et de Czerny, a donné une mortalité de 59 pour 100 dans les obstructions chroniques.

Czerny, cité par M. Jalaguier (1), a fait 9 opérations d'entérectomie pour rétrécissements ou cancers, avec 4 guérisons et 5 morts.

Au congrès de Berlin de 1890, puis dans un mémoire publié en 1891, et comprenant les résultats de 124 opérations sur l'estomac et l'intestin pratiquées à sa clinique, de novembre 1878 à juin 1890, Billroth (2) donne les chiffres suivants :

11 résections de l'intestin grêle pratiquées par Billroth, Von Hacker, Salzer, Von Eiselsberg, ont toutes été suivies de succès. Mais il faut dire que sur les 11 opérations 9 furent faites pour des anus contre nature d'ori-

1. Jalaguier. Art. *Occlusion intestinale*. *Traité de chirurgie*.

2. Billroth. *Loc. cit.* et Doyen. *Arch. provinc. de chirurgie*, 1892. T. 1^{er}. *Contribution à l'étude de la chirurgie de l'estomac et de l'intestin*.

gine herniaire, et 2 pour anus contre nature traumatique et pour anus nécessité par la présence d'un carcinome. Aucun de ces cas n'a donc de relations avec notre sujet.

Au contraire, sur 24 résections du cœcum, 4 ont été pratiquées pour cancer, avec 5 guérisons et 6 morts, et 13 pour des pèrityphlites ulcéreuses chroniques avec 7 guérisons et 6 morts. En tout 12 guérisons et 12 morts, soit 50 pour 100 de mortalité, 8 résections du côlon, dont 4 pour tumeurs, ont donné également une mortalité de 50 pour 100. Enfin deux malades, opérés pour des tumeurs de l'S iliaque, sont morts.

Peyrot, en 1880, avait publié, dans sa thèse d'agrégation, 125 cas de laparotomie pour obstruction intestinale. Trèves (1) en ajoute 45 nouveaux, et, dans une statistique portant sur 155 interventions, il donne les résultats de 122 laparotomies pour des obstructions d'origine variable, autres que l'invagination, avec 45 guérisons et 77 morts, soit une mortalité de 63, 1 pour 100. Dans ce nombre, 11 cas de rétrécissement, avec 6 guérisons et 5 morts.

La statistique de Schramm (2) (1891), comprend 193 laparotomies avec une mortalité de 64, 2 pour 100.

Enfin, pour ne pas charger la liste outre mesure, dans un exposé des opérations pratiquées pour le traitement du cancer de l'intestin, O. Bloch de Copenhague (3) donne le tableau de 48 cas de traitement radical par

1. Trèves. *Loc. cit. Intestinal obstruct.*

2. Schramm. *Langenbeck's. Archiv.* Band. XXX. heft. 4, 1891.

3. O. Bloch *Archives méd. du Nord*, XXXIII, n. 1, 1892.

excision. L'excision, avec résection de l'intestin, suture et réduction, a été faite 29 fois, avec 17 morts et 12 survivants. L'excision avec résection de l'intestin et formation d'un anus contre nature a été faite 16 fois avec 8 morts et 8 survivants. En résumé, sur 48 cas de traitement radical, 26 malades moururent des suites de l'opération, 22 survécurent.

En présence de ces résultats, et si l'on songe aux récives probables et au peu de durée des survies, il est permis d'hésiter avant de pratiquer l'entérectomie pour un rétrécissement de quelque nature qu'il soit. Nous verrons quels avantages présente dans ces cas l'entéro-anastomose. Car ces résultats ne comprennent pas seulement les cas où, la résection intestinale ayant été pratiquée, l'entérorraphie aura pu être réalisée. Ils comprennent également ceux où la suture intestinale aura été impossible ou imprudente. De ces contre-indications formelles de l'entérorraphie circulaire vivait jadis l'anus contre nature, seul palliatif des obstructions, véritable cache-misère des insuffisances opératoires d'autrefois. L'entérorraphie peut en effet devenir très difficile sinon impraticable dans trois cas : 1° La portion réséquée du tube intestinal peut être assez longue et l'immobilité relative des deux parties à affronter assez grande pour empêcher absolument la suture des deux extrémités ; 2° Par suite de la différence de calibre, que produisent dans les anses intestinales situées au-dessus et au-dessous de l'obstacle au cours des matières, les modifications physiologiques et pathologiques des parois, les difficultés de la réunion bout à bout peuvent nécessiter la mise en pratique de procédés

opératoires longs et difficiles ; 3° Enfin, les parois intestinales au-dessus du rétrécissement peuvent être le siège de lésions inflammatoires telles que leur résistance considérablement amoindrie ne permet plus de compter sur la solidité des sutures. Cette disposition se présentera rarement sans doute dans la forme lente de rétrécissement que nous étudions, mais il est bon de signaler ce fait possible et qui s'offrira presque inévitablement lorsque, après une évolution de longue durée sans phénomènes accentués, le rétrécissement donnera lieu à l'apparition brusque d'une occlusion aiguë à laquelle le chirurgien sera plus ou moins tardivement appelé à remédier.

Mais, quelles que soient les difficultés et les lésions, nous verrons que, dans des cas semblables, une autre opération, l'entéro-anastomose, permet d'éviter l'anus contre nature et ses inconvénients, et de remédier, avec des résultats meilleurs, aux phénomènes d'obstruction en permettant d'utiliser des parties saines de l'intestin au-dessus du rétrécissement, pour rétablir le tube intestinal et le cours des matières.

C'est cette intervention qui naguère encore était méconnue des chirurgiens, car, en présence des dangers de la laparotomie suivie de résection intestinale et d'entérorraphie, et des récives fréquentes qui suivent dans un avenir prochain ces opérations, et à défaut d'un mode opératoire meilleur, un nombre considérable d'auteurs se sont faits les défenseurs de l'anus contre-nature. A la fin de son travail *Sur l'entérectomie et l'entérorraphie*, après avoir constaté les résultats obtenus, Bouilly (1) écrivait

1. Bouilly, *loc. cit.*

en 1881 au sujet de l'intervention dans le cancer intestinal : « De deux choses l'une : ou ce cancer ne détermine que des troubles médiocres et il faut le laisser évoluer, si sa présence n'a pas été reconnue à la seule époque où son ablation pourrait donner une survie heureuse et prolongée, c'est-à-dire dès son début, lequel n'est jamais connu ni constaté : ou ce cancer donne lieu aux accidents de l'obstruction intestinale. Or, dans ce cas, s'il faut agir, comment allez-vous agir ? Allez-vous partir en guerre à la recherche du cancer ! Une seule circonstance peut justifier la recherche directe de l'obstacle avec l'intention d'enlever celui-ci : la difficulté du diagnostic, dans certains cas où le doute peut planer entre un cancer de l'intestin ou une invagination chronique, cas, du reste, où l'utilité de l'intervention est plus que contestable... Et si ce doute n'existe pas, si les antécédents du malade, si la marche actuelle des accidents subaigus de l'obstruction, si les signes physiques, la palpation, l'exploration rectale, etc., ne vous permettent pas de méconnaître le cancer, allez-vous de gaieté de cœur, pour gagner huit mois de survie (Reybard), six mois et quelques jours (Czerny), achever un malade en quelques heures ? (Gussenbattier, Guyon). L'opération est trop grave pour l'incertitude et la médiocrité du résultat. Ces tentatives ne sont permises qu'alors qu'elles sont l'*ultima ratio* de la chirurgie. » Et, pour les cancers siégeant en deça de l'S iliaque, sur le gros intestin, Bouilly donne la préférence à l'anus contre-nature, et termine en disant : « Ces opérations, faites de bonne heure, ne présentent que peu de gravité, et si elles laissent subsister jusqu'à la mort la triste infirmité de

l'anús contre-nature, elles n'entraînent pas la redoutable alternative de vaincre pour... peu de temps ou de faire mourir de suite! »

Nous n'avons pas cité ces longues considérations de Bouilly pour nous faire avec lui l'apologiste de l'anús contre-nature et de l'abstention. Tout en reconnaissant les dangers et les risques de l'entérectomie et son insuffisance qu'il a si bien mis en lumière, nous ne pouvons pas, étant données les connaissances actuelles, conserver entièrement ses vues sur le traitement des rétrécissements d'origine cancéreuse. Tout d'abord, du dilemme qu'il pose la première proposition est tout au moins discutable. Laisser évaluer un néoplasme intestinal jusqu'à ce que la cachexie fatale ou l'obstruction aiguë, infiniment probable dans un avenir rapproché, emporte le malade, était permis autrefois, à l'époque où toute opération était impuissante ou mortelle. Agir de même aujourd'hui serait faire preuve de bien peu de confiance dans l'intervention chirurgicale et nier les progrès accomplis. S'il n'est pas au pouvoir du chirurgien de procurer au malade une guérison durable au prix de peu de danger, il est de son devoir de lui épargner tout au moins dans la mesure de ses moyens, les douleurs et les accidents qui accompagnent l'évolution du cancer. On pourrait, dans un nombre considérable de cas, ouvrir l'abdomen pour constater l'état des choses, quitte à créer, si la tumeur n'est pas enlevable, une voie d'échappement aux matières au-dessus de l'obstacle? On éviterait ainsi au patient les douleurs de l'obstruction probable, et on obtiendrait sans doute un retard dans le développement de la tumeur, qui ne subi-

rait plus le contact permanent et l'irritation des matières.

Mais l'anus contre-nature ne saurait plus, à l'heure actuelle, en dehors des circonstances toutes spéciales que nous avons exposées, entrer dans la pratique. Une autre opération qui réunit tous ses avantages sans avoir ses inconvénients a pris rang dans le domaine chirurgical, et les résultats obtenus permettent de la proposer comme opération de choix dans le traitement des rétrécissements cancéreux et de quelques autres rétrécissements où l'étendue des lésions empêchent une résection ou la rendent trop périlleuse. Nous allons montrer les avantages, la supériorité réelle de cette autre intervention, l'entéro-anastomose.

CHAPITRE V

HISTORIQUE DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE.

En 1845, dans les *Archives générales de médecine*, au cours d'un travail sur le traitement de l'étranglement intestinal par l'entérotomie, Maisonneuve écrivait : « Les opérations que je propose sous le nom d'entérotomie de l'intestin grêle constituent deux méthodes ayant pour but, la première, l'établissement d'un anus artificiel, la deuxième, l'anastomose de deux anses intestinales placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'obstacle ; je me bornerai pour l'instant à la première, me réservant de faire connaître l'autre un peu plus tard. »

C'est la première mention qui soit faite de l'entéro-anastomose : la description du procédé et le mémoire promis par Maisonneuve n'ont pas été publiés, mais, en 1854, on trouve à la Société de chirurgie, une courte mention de la première opération.

OBSERVATION I (1).

« Cette année (1^{er} février 1854) pour un étranglement interne M. Maisonneuve fit l'incision du ventre dans la région iliaque, et pour éviter l'anus contre nature il anastomosa l'intestin grêle avec le cœcum. La circulation intestinale s'était rétablie par cette voie, mais un léger suintement des matières intestinales dans le péritoine amena la mort. »

La deuxième observation de Maisonneuve date de 1855. Elle est rapportée dans la thèse de Foucher (1857).

OBSERVATION II (2).

Anus contre nature de la région crurale, — Bout inférieur introuvable.
Entéro-anastomose entre l'intestin grêle et le cœcum.

V. F..., 40 ans. Hernie crurale droite, étranglée, gangrenée, opérée, établissement d'un anus contre nature en février 1855, à la partie antéro-interne de la cuisse, au-dessous de l'arcade crurale, au milieu de fongosités, orifice irrégulièrement rond, permettant l'introduction d'une grosse sonde de gomme élastique, par où s'échappent les matières alimentaires non encore digérées, les légumes presque intacts, maigreur, débilitation générale. Plus de selles par l'anus. Impossibilité d'introduire une sonde par le bout inférieur.

Le 3 octobre 1855, Maisonneuve fit, au niveau de la fosse iliaque droite, à deux centimètres au-dessus de l'arcade, une incision de 8 à 10 centimètres de longueur, et divisa successivement peau, muscle, péritoine. Il attira au dehors une anse

d'intestin grêle distendue par des gaz et appartenant au bout supérieur, la fixa avec un fil, puis fit au cœcum au-dessous de la valvule iléo-cœcale, une incision verticale de 4 à 5 centimètres. Une ouverture semblable fut faite sur le bord convexe de l'intestin grêle : les deux intestins furent réunis par la suture de Gély.

On mit sur la plaie extérieure des serre-fines et on fit un pansement simple.

Le lendemain et les jours suivants, symptômes de péritonite. La plaie cutanée ne se ferma pas : depuis le troisième jour, toutes les matières passèrent par l'anus contre nature : mort un mois après l'opération.

Autopsie. — Eperon très saillant, oblitérant presque complètement le bout inférieur. Dans la fosse iliaque, énorme abcès en dehors du cœcum. L'ouverture pratiquée par le chirurgien est trop peu considérable et se trouve en dehors du passage des matières alimentaires. »

Ces deux tentatives malheureuses, entreprises d'emblée, sans expérimentation préalable, et terminées par deux insuccès, n'étaient pas faites pour donner crédit à l'opération nouvelle. La communication promise par Maisonneuve ne parut jamais. A la Société de Chirurgie de Paris sa proposition rencontra l'opposition la plus violente. On prétendit que la partie d'intestin isolée et renfermant l'obstacle deviendrait le siège d'une accumulation de matières fécales. Il en adviendrait forcément que, si l'opération en elle-même réussissait, cet engouement déterminerait dans l'anse malade des modifications telles que la mort du patient s'ensuivrait fatalement dans un avenir très rapproché.

Sans discussion plus sérieuse, l'entéro-anastomose sombra sous la critique. En 1863, cependant, en Allemagne

Hacken reprit le sujet condamné et oublié, et tenta, sous la direction d'Adelmann, quelques expériences d'entéro-anastomose sur des chiens. Les résultats ne furent pas de nature à encourager les auteurs : l'opération resta à l'état de simple expérience et ne fut jamais mise en pratique sur le malade.

C'est en vain que l'on chercherait dans les ouvrages publiés pendant de longues années, depuis cette époque, une mention de l'entéro-anastomose. Au chapitre des opérations sur l'intestin, on ne lui donne point sa place, et si dans des traités et des mémoires plus récents on y a fait quelque courte allusion, le peu qu'on en a dit a été pour l'attaquer plus que pour la défendre, et porter sur elle des accusations un peu gratuites cependant, puisque les observations manquaient encore pour permettre d'apprécier d'une façon suffisante ses avantages et ses résultats.

Dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud* (1) sur le *Traitement des maladies de l'intestin*, Desprez écrivait seulement : « Maisonneuve a proposé de substituer à l'entérotomie une nouvelle méthode qu'il désigne sous le nom d'anastomose intestinale. Cette opération, qui a été exécutée sur les animaux, a été tentée peut-être sur l'homme : mais les résultats n'ont pas été sans doute de nature à la faire prévaloir, car les observations n'ont pas été publiées. Pour que le procédé fût applicable, il faudrait que l'on pût arriver certainement sur l'obstacle au

1. *Dict. Jaccoud* : T. XIX, art. *Intestin*, 1874. A. Desprez.

cours des matières, et il ne serait pas sensé de le mettre en usage ailleurs que sur l'intestin grêle. »

L'entéro-anastomose était depuis longtemps pratiquée expérimentalement, que l'on ne connaissait pas ses avantages et les bons résultats qu'elle peut donner comme traitement d'emblée des rétrécissements intestinaux. La plupart des auteurs qui l'ont admise il y a quelques années dans la pratique chirurgicale, se sont bornés à établir une comparaison succincte entre l'établissement d'un anus contre nature et l'entéro-anastomose après la résection. C'est ainsi que Hunt de Berlin, en 1887, y fit allusion, en commentant deux cas d'excision du côlon dans lesquels l'entérorraphie circulaire n'avait pu être réalisée; on avait établi un anus contre nature. Les deux patients guérirent de l'intervention, mais il fut impossible de fermer l'anus artificiel. En présence de ces résultats, Hunt exprimait le regret de n'avoir pas mis en pratique un procédé meilleur, l'entéro-anastomose, qui eût supprimé d'aussi regrettables inconvénients.

Pour Forgue et Reclus (1), l'entéro-anastomose n'est qu'une opération de renoncement, un pis-aller, dont les indications viennent de l'impossibilité d'exécuter la résection intestinale suivie d'entérorraphie, ou l'anus contre nature. « L'entéro-anastomose, ou opération de Maicenneuve, apparaît une opération à perfectionner : elle pourra rendre de grands services dans les cas où l'entérectomie est irréalisable, et où d'autre part, l'anus artificiel, trop haut situé sur une anse grêle, menacerait la nutrition. »

1. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1892.

Des expériences nombreuses auxquelles se sont livrés dans ces dernières années quelques chirurgiens, ont résulté des procédés opératoires, nettement formulés qui ont fait de l'opération de Maisonneuve un mode de traitement aussi bien réglé que le sont aujourd'hui l'entérorraphie et l'anus contre nature. Et à l'heure actuelle, l'entéro-anastomose a pris sa place dans le traitement d'un certain nombre d'affections intestinales, auxquelles beaucoup de chirurgiens, ne voyant pas seulement dans cette opération le palliatif dernier des succès et des contre-indications de l'entérectomie et de l'anus contre nature, l'appliquent de propos délibéré. La mise en pratique de cette méthode n'est cependant qu'à son début. L'origine de ces travaux remarquables, qui doivent assurer la vulgarisation de l'entéro-anastomose, remonte à quelques années à peine, et ce sont les succès de la gastro-entérostomie qui leur ont donné la première impulsion. C'est en effet après l'application en 1881 de la gastro-entérostomie au traitement des rétrécissements du pylore, que Billroth essayait l'entéro-anastomose pour remédier aux rétrécissements de l'intestin, et pratiquait le premier l'iléo-colostomie. Dans un mémoire paru en 1884 (1) sur les résections intestinales et les entérorraphies pratiquées à la clinique de Billroth de 1878 à 1883, Häuer fait mention de la première opération. L'opéré de Billroth était un enfant de 9 ans, très affaibli, atteint d'une fistule stercorale consécutive à une pérityphlite. Il succomba

1. *Zeitsch. für Heilk. Prax.* 1884 Bd. V. *Darm resectionem und Enterorraphin an der Klinik Billroth. 1878 bis 1883.*

quelques heures après l'intervention. En 1888, von Hacker (1) en fait connaître deux exemples suivis de guérisons, et c'est dans sa seconde observation que nous trouvons pour la première fois l'application de l'entéro-anastomose modifiée au traitement du cancer intestinal. La première opération avait été pratiquée pour un rétrécissement tuberculeux du cœcum et de la terminaison de l'intestin grêle.

En même temps, en Allemagne, en Amérique, en Angleterre, des chirurgiens cherchaient au procédé primitif des modifications opératoires. Hochenegg, Salzer, Senn, etc., publiaient leurs travaux ; ce dernier lançait en 1888 un véritable réquisitoire contre la pratique surannée de l'anus contre nature, et dans son *Traité de chirurgie intestinale* relatait les expériences nombreuses qui répondaient victorieusement aux objections formulées, et montraient l'innocuité de l'entéro-anastomose et l'excellence de ses résultats.

C'est en 1890 que la première opération d'entéro-anastomose pour un rétrécissement de l'intestin fut pratiquée par M. Boiffin de Nantes. En 1891, enfin, M. Chaput, dans un mémoire sur l'entéro-anastomose publié dans les *Archives de Médecine*, reprenait toutes les opérations d'entéro-anastomose pratiquées jusqu'à cette époque et en réunissait 29 cas, dont 9 pour cancer de l'intestin, et 6 pour rétrécissements.

1. Von Hacker. *Ueber die Bedeutung der Anastomosenbildung am Darm*, etc. *Wien. Klin. Wochensch.*, 1888, p. 309 et 339.

CHAPITRE VI

ENTÉRO-ANASTOMOSE DE MAISONNEUVE. SES MODIFICATIONS.

Dans les *Archives de Médecine*, de 1891, M. Chaput terminait son article sur l'entéro-anastomose, en disant qu'elle méritait le nom d'opération de *Maisonneuve*. Or, d'après les deux observations publiées, on voit que Maisonneuve se contenta, pour rétablir le cours des matières intestinales, d'anastomoser deux anses d'intestin sans pratiquer de résection, en suturant lèvre à lèvre deux ouvertures longitudinales faites sur la continuité du bord libre. En conséquence Chaput donnait comme définition : « L'entéro-anastomose est une opération qui consiste à faire communiquer latéralement deux anses d'intestin sans qu'il y ait eu de résection préalable », et il ajoutait : « L'absence de résection donne à cette opération un caractère si particulier de bénignité qu'il importe de considérer ce fait comme une des caractéristiques les plus importantes de ce procédé opératoire. »

La dénomination d'entéro-anastomose devrait donc s'appliquer uniquement à l'anastomose latérale. A ce point

de vue elle possède une analogie complète avec la gastro-entérostomie telle qu'on la pratiquait au début. En effet, lorsque Woëlfier l'exécuta pour la première fois à la clinique de Billroth, elle consistait dans le simple abouchement de l'estomac avec une anse d'intestin grêle prise en aval de l'obstacle au cours des aliments, sans résection de la partie interposée. Mais l'une et l'autre opération ont subi dans la suite des temps des modifications nombreuses, suivant les exigences des cas et surtout le gré des opérateurs, et il est devenu d'un usage courant de qualifier de la même façon un certain nombre de procédés qui diffèrent de l'opération primitive par les complications du manuel opératoire et par leur gravité.

En janvier 1885, dans un cas où un cancer du pylore était trop étendu pour qu'on pût songer à réunir, après la résection, le duodénum à la portion d'estomac restant, Billroth fit d'abord la gastro-entérostomie par le procédé de Woëlfier, puis l'extirpation du cancer, en fermant successivement par suture le duodénum et l'estomac. Ce fut la première modification de la gastro-entérostomie. L'entéro-anastomose a été comme elle et plus qu'elle l'objet de transformations successives que des chirurgiens se sont ingéniés à apporter à l'opération primitive pour en pallier les inconvénients, et l'appliquer dans un certain nombre de cas à l'exclusion de l'entérorraphie circulaire. Ils ont combiné la résection intestinale avec l'anastomose, et ces opérations, toutes différentes par leur technique et par leurs dangers, ont, par un véritable abus de langage et par suite d'une confusion regrettable, pris place à côté de l'opération de Maisonneuve, dans la des-

cription que les auteurs contemporains consacrent à l'entéro-anastomose. On a réuni et confondu dans la même dénomination, et souvent aussi, par malheur, dans une même appréciation, l'opération primitive et les transformations qu'elles a subies, et les statistiques, enregistrant, sans distinction de méthode, sous le chef d'entéro-anastomose, morts et guérisons que chaque procédé possède à son actif, ont chargé des insuccès de la résection intestinale l'opération typique, si simple dans son exécution, si remarquable par sa bénignité.

C'est ainsi que M. Chaput, dans son mémoire, expose dans un même tableau et juge d'après les mêmes idées l'entéro-anastomose par apposition latérale sans résection, l'anastomose par implantation latérale de Senn et de Jesett, et cette anastomose spéciale, décrite et pratiquée par Hochenegg et par Senn, et qui consiste à oblitérer par suture après résection les deux bouts de l'intestin et à pratiquer plus haut l'anastomose par apposition latérale, comme dans le procédé de Maisonneuve.

Quelle que soit la ressemblance de tels procédés avec l'opération de Maisonneuve, et bien que la technique en soit — pour quelques-uns tout au moins — identique ou à peu près, il est évident que la comparaison ne saurait s'établir entre les deux : ce prétexte est spécieux, et s'il faut admettre une analogie, elle existe bien plutôt avec l'entérorrhaphie pratiquée après résection. Mais l'histoire de ces procédés est celle de l'entéro-anastomose elle-même; la plupart, en effet, ont eu pour but de la perfectionner dans l'idée de leurs auteurs, et, puisque l'usage a consacré l'abus et que le nom reste en dépit des

différences, il convient de les exposer, avant de porter sur eux une appréciation définitive et pour mieux en discuter la valeur.

Quelle que soit la méthode employée, l'entéro-anastomose peut être pratiquée sur toute l'étendue du tube intestinal. On peut l'établir entre deux anses d'intestin grêle : iléo-iléostomie, jejuno-iléostomie par exemple, entre l'intestin grêle et le gros intestin, iléo-côlostomie, entre deux anses du gros intestin, côlo-côlostomie. Enfin, en 1890, on trouve dans les *Annales de la Société médicale d'Anvers*, un projet d'Ullmann, consistant à anastomoser le côlon et le rectum — côlo-rectostomie — dans les carcinomes inopérables de la partie supérieure du rectum.

L'opération, dans toute sa simplicité, telle que l'exécuta Maisonneuve et que la firent plus tard Billroth et ses assistants, consiste, comme nous l'avons vu, dans l'affrontement exact, par des sutures plus ou moins compliquées et perfectionnées, des lèvres de deux incisions longitudinales pratiquées sur le bord libre de deux anses d'intestin. Ainsi compris, le procédé est d'une extraordinaire simplicité, mais n'échappe pas à la critique. Aussi, quelques chirurgiens ne voulant pas encourir le reproche d'avoir laissé l'obstacle intact sur le trajet intestinal, et désireux surtout d'éviter le danger si redouté de l'accumulation de matières dans l'anse malade isolée, se sont appliqués à formuler des procédés nouveaux dans l'espoir de résultats meilleurs. Cette crainte de l'introduction des matières dans la partie de l'intestin que l'anastomose isolait, crainte bien peu fondée, nous le verrons dans la

suite, a été la grande raison qui a poussé les chercheurs dans cette voie. Dans sa deuxième opération, von Hacker (1) avait déjà cherché à éviter le passage des matières dans l'anse malade, en rétrécissant par une suture le calibre de l'intestin en arrière de l'anastomose.

Après une opération, dans laquelle des accidents mortels semblaient avoir résulté d'une perforation due à cet accident, bien que la preuve certaine n'en ait pas été faite, Comte (2) se préoccupa également de remédier à cet inconvénient. « Pour empêcher le cours des matières dans la partie inférieure de l'intestin grêle, on le coude et on le fixe par des sutures dans cette position. » Cette opération, pas plus que celle de Hacker, ne fut suivie du résultat attendu.

Hochenegg (3) a décrit un procédé différent et en apparence plus radical, qui semblerait devoir prévenir efficacement l'accident si redouté. Ce procédé, étudié expérimentalement sur des animaux, consiste à sectionner en travers l'anse intestinale malade en avant du rétrécissement; puis, après avoir fermé le bout périphérique par suture, à fixer le bout central dans une ouverture correspondante faite au-delà de la partie malade, sur la paroi de l'anse intestinale. Malgré cette opération, décrite par Hochenegg sans le nom d'entéro-anastomose par implantation latérale, les matières n'en continuèrent pas moins à s'accumuler dans le cul-de-sac ainsi formé. Ce

1. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1888, n. 17 et 18.

2. J. R. Comte. *Diagn. et Trait. de l'occlus. intestinale. Revue méd. Suisse rom.* XII, 1892.

3. *Semaine médicale*, 1881, p. 487-488.

procédé a été également employé par Senu et par Bowreman Jesett, qui l'a décrit (1), à propos du traitement des tumeurs du cœcum. « Lorsqu'un carcinome existe dans le cœcum, la laparotomie doit être faite dans le but de réséquer la portion malade de l'intestin : si cette résection est jugée impossible en raison de l'étendue, de la propagation ou de la fixité du néoplasme, on devra sectionner l'iléon, fermer par des sutures l'orifice du segment inférieur et implanter dans la paroi du côlon l'orifice béant de l'iléon. »

Salzer d'Utrecht (2), en poursuivant le même résultat, en est venu aux extrêmes limites, et son procédé n'a plus rien de commun, à part le nom, avec l'opération de Maisonneuve. Au vingtième congrès des chirurgiens allemands, tenu à Berlin en 1891, Salzer fit une communication sur : « une modification de l'entéro-anastomose ; consistant dans une élimination totale du segment intestinal malade. » Il désigne son procédé sous le nom d'anastomose par isolement de la partie intermédiaire. L'opération consiste à isoler par résection le segment malade, en divisant complètement l'intestin au-dessus et au-dessous, dans ses parties saines, puis à rétablir la continuité du canal comme dans l'entérectomie. Quant à la partie isolée, Salzer, dans un grand nombre d'expériences, l'avait simplement abandonnée dans la cavité abdominale après en avoir fermé les deux bouts par suture. Mais il arriva ce que Salzer aurait dû prévoir :

1. Bowreman Jesett. *British medic. journ.*, 27 juin 1891.

2. Salzer. *Beilage Zum. Centr. Bl. f. Chir.* 1891, n. 26, p. 119 et *Sem. méd.*, 1891, p. 156.

l'anse isolée continua à sécréter des liquides; les produits de sécrétion et de désintégration de l'épithélium et des glandes s'accumulèrent dans l'anse fermée, les parois s'ulcérèrent, et il se fit bientôt des perforations, qui amenèrent la mort des animaux par péritonite aiguë. Comte avait déjà proposé cette manière de faire, et, Richmond (1) rapporte l'observation d'un cas dans lequel il la mit en pratique. L'opéré mourut 40 heures après l'intervention.

Dans la suite Salzer modifia le procédé primitif qui lui avait donné d'aussi tristes résultats, et convint après avoir isolé le segment malade, d'établir un débouché aux produits de sécrétion, en fixant, sans le fermer, le bout inférieur de l'anse dans la plaie abdominale. La résection était suivie d'entérorraphie, et compliquée d'une sorte d'anus artificiel. Malgré le nom qu'elle porte, nous ne voyons pas quelle analogie peut exister entre une pareille opération et celle de Maisonneuve, et même avec les procédés précédemment décrits sous ce chef.

Hochenegg (2), en 1891, appliqua le procédé à l'homme avec quelques modifications, à la clinique d'Albert de Vienne. Pour une tumeur de la région iléo-cœcale ayant envahi le cœcum en entier, l'iléon et le côlon ascendant sur une grande longueur, l'ablation semblant impraticable, Hochenegg divisa l'intestin au-dessus et au-dessous de la tumeur et isola de la sorte la partie malade. Il réunit par entérorraphie *circulaire* le côlon et l'iléon

1. Richmond. *New-York medic. journ.* Déc. 1890.

2. Hochenegg. *Loc. cit.*

dont le calibre était sensiblement le même, et fixa dans la plaie abdominale les deux bouts de l'anse isolée, créant ainsi un double anus artificiel par lequel s'échappaient des mucosités. Dans la suite, la tumeur diminua de volume et Hochenegg put en faire l'ablation.

Dans tous ces procédés, la résection intestinale n'est pas complète. Ou la tumeur reste en communication avec le bout inférieur de l'intestin, ou on l'abandonne, sans rapports avec le reste du tube digestif, dans la cavité abdominale. Il en est d'autres qui, dans la pensée de leurs auteurs, ont été imaginés pour éviter les difficultés que l'on rencontre toujours dans l'exécution de l'entérorraphie circulaire. C'est ainsi que Senn et Jesett emploient deux procédés d'entéro-anastomose accompagnés de résection complète de l'intestin et d'ablation du rétrécissement. Dans l'un, après l'ablation, les deux bouts d'intestin sont fermés séparément par suture, et la continuité du canal est assurée par une véritable anastomose par apposition latérale, entre les deux anses, orientées de façon à ce que le flot des matières passe librement, sans venir heurter contre le véritable éperon qui résulterait de l'orientation des deux bouts dans le même sens.

Le deuxième procédé consiste dans l'anastomose par implantation, précédemment décrite, et n'en diffère que par l'ablation de la tumeur.

Il est enfin des adversaires acharnés de l'anus contre nature qui ont demandé à l'entérorraphie et à l'entéro-anastomose, par les conceptions les plus originales, de suppléer, envers et contre tout, aux inconvénients de l'a-

nus artificiel. C'est ainsi que Nicoladoni (1) a proposé dans les cas de résections de l'intestin et spécialement de l'S iliaque, où l'entérorraphie est impossible par suite de la grande distance qui existe entre les deux bouts, deux procédés d'entéro-anastomose destinés à éviter l'anus contre nature. Nous les citerons pour mémoire, et sans y attacher une grande importance, car ils n'offrent d'intérêt jusqu'ici que par leur originalité.

« Le premier procédé consisterait à interposer entre les deux bouts un segment d'intestin grêle pris aussi près que possible et nourri de son mésentère. La blessure faite à l'intestin grêle serait réparée à l'aide d'une suture. Les matières suivraient ainsi leur cours. »

« Le second procédé serait une simple section de l'intestin grêle, dont le bout supérieur serait suturé avec le bout supérieur de l'S iliaque et le bout inférieur avec le segment rectal. De cette manière, les matières traverseraient d'abord l'une des portions de l'intestin grêle, puis le colon descendant, transverse, ascendant et le cœcum, puis l'autre portion de l'intestin grêle, enfin le rectum, et la valvule de Bauhin ne serait probablement pas un obstacle au passage des matières la franchissant à rebours. »

A part ces derniers procédés bizarres, qui sont restés jusqu'ici à l'état de projet et n'ont jamais été mis en pratique, dont les indications seront d'ailleurs toujours rares, et que d'ailleurs peu d'opérateurs se risqueront à tenter, nous aurons à discuter dans un chapitre suivant les

1. Nicoladoni. *Wien. med. Press.*, no 10, 1837. *An. in. Rev. des Sc. méd.*, 1888.

avantages de ces prétendues anastomoses intestinales. De même que l'on ne saurait comparer l'anus contre nature avec l'entérorraphie après résection, de même toute comparaison entre l'entéro-anastomose sans résection et ces opérations complexes, est irrationnelle et impossible. Différences dans la technique opératoire, différences dans la longueur du procédé, dans la gravité des interventions et partant dans les résultats, tout s'oppose à mettre sur la même ligne ces diverses opérations. Seule l'opération de Maisonneuve, par l'originalité, la facilité d'exécution, la simplicité et la rapidité du manuel opératoire, doit être considérée comme l'anastomose véritable. Et c'est en comprenant la question de la sorte que l'on est autorisé, non-seulement à l'admettre, mais à la préconiser énergiquement comme moyen d'élection, dans le traitement de certains rétrécissements simples et des tumeurs de l'intestin.

Modifications dans les sutures et le mode d'union des anses anastomosées.

Les modifications apportées à l'opération de Maisonneuve n'ont pas seulement porté sur le procédé opératoire lui-même. On s'est plu à modifier l'opération dans tous les détails qu'elle comporte, et alors que les transformations successives de l'opération primitive n'ont contribué qu'à en augmenter la longueur et les difficultés, les travaux que nous allons exposer brièvement ici n'ont eu pour but en général que d'assurer les deux grandes conditions de succès de l'entéro-anastomose, la rapidité

de l'intervention et la perfection des sutures. A ce point de vue, l'histoire de l'entéro-anastomose est en partie celle des sutures intestinales dans leur généralité.

Le procédé employé par Maltonneuve n'est pas assez longuement décrit dans les observations qui nous sont parvenues de ses deux opérations pour qu'on puisse l'apprécier et le juger aujourd'hui. Nous savons seulement qu'il réunit les ouvertures intestinales par la suture de Gély, et il est à supposer qu'il se contenta d'une seule rangée de sutures. Les opérations de Woelfler et de Von Hacker furent exécutées, d'après le procédé que Woelfler avait établi pour la gastro-entérostomie, c'est-à-dire que les lèvres des incisions intestinales furent affrontées et réunies par la suture de Lembert-Czerny-Woelfler, une ligne de suture pour la muqueuse, une pour la musculieuse, une troisième pour la séreuse.

Certains inconvénients, que nous aurons à discuter dans la suite, ont servi de prétexte pour chercher d'autres moyens destinés à remplacer le procédé de la suture pure et simple. C'est ainsi que Senn imagina son procédé d'anastomose par les plaques osseuses décalcifiées. L'exposé de sa méthode, qu'il fit lui-même dans les *Annales of Surgery* de 1886 (1), a été fait par Chaput dans son mémoire de 1891 (2), dans son *Traité des opérations sur l'intestin* ; enfin tout récemment, en 1894, dans sa thèse *Sur l'anastomose intestinale par le procédé de Senn*, Magill, de Chicago en a fait toute l'histoire.

1. *Annales of Surgery*, 1886, T. VII.

2. Chaput. *Loc. cit.*

Ce procédé a trouvé des imitateurs, qui tout en conservant le principe de la méthode et en respectant la technique, ont remplacé par les matières les plus diverses les plaques osseuses décalcifiées dont Senn a préconisé l'emploi.

Davis (1) remplace les plaques osseuses par des nattes et des plaques tressées de catgut.

Abbe et Matas (2) emploient également des anneaux de catgut.

Brokaw se sert de fragments de drains enfilés bout à bout sur un catgut, comme des grains de cha-pelet (3). Stomm emploie des plaques de cartilages, Shrively et Simonson des plaques de gélatine préparées à l'acide chromique, Dawbarn (4) et Currier (5) des plaques de pomme de terre, Von Baracz Swedish (6) des disques de navet; Bowreman Jessett (7) des anneaux de caoutchouc, et enfin, Matignon de Bordeaux (8) a proposé d'employer des plaques faites avec la corne des sabots de cheval.

Quelle que soit la matière employée, le procédé est toujours le même et ces modifications sont de peu d'importance. Il n'en est pas de même pour l'anastomose pratiquée au moyen de bobines : ce procédé, déjà fort

1. *Times and register*. Philadelphie, 1890.

2. *Médical New*. 1889.

3. *Médical Review*, 1889.

4. Dawbarn. *Ann. surg. Philad.*, 1893, XVII, p. 147-164.

5. Currier. *New-York Journ. gyn. and obstét.*, 1892-46.

6. Von-Baracz-Swedish. *Arch. f. Klin. Berl.*, 1892, 580-591.

7. Bowreman Jessett. *Loc. cit.*

8. Matignon. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893, XXII, p. 47-50.

ancien dans la pratique des sutures intestinales, — puisque, à la fin du XIII^e siècle « *les quatre maîtres* » employaient une portion de trachée-artère pour suturer sur ce soutien l'intestin lésé, — a dû à des opérations récentes un regain de succès et appelé l'attention des praticiens par son heureuse application à l'entéro-anastomose. On s'est ingénié tout d'abord, étant données les connaissances que l'on possédait sur le mode d'adhérence des surfaces intestinales par accolement des séreuses, à augmenter l'étendue des surfaces en contact, et à protéger dans la plus grande mesure possible la section intestinale en voie de réparation contre les exsudats intestinaux possibles. C'est ainsi que furent imaginées les bobines d'os décalcifié de Littlewood (1), de Willy Sachs (2), de Mayo-Robson (3). Toutes les substances énumérées plus haut et ayant servi à la préparation des plaques ont servi à la préparation de ces bobines. Mais, dans ces méthodes, les sutures avaient encore leur place, lorsque Murphy de Chicago (4), persuadé de ce fait que la longueur des opérations était la grande cause de mortalité des opérés, présenta le 15 octobre 1892, à l'Association médicale de la Vallée du Mississipi, son *bouton anastomotique* qui permettait de réaliser, sans sutures intestinales et avec une surprenante rapidité, les anastomoses viscérales. Dans sa thèse de 1894 (5), notre excellent ami

1. Littlewood. *The lancet*, avril 16-1892.
2. Willy-Sachs. *Centralblatt für chir.*, octobre 4-1890.
3. Mayo Robson. *British med. journ.*, avril 1893.
4. New-York, *Medic. record.*, 10 décembre 1892.
5. *Des anastomoses viscérales sans sutures*. Thèse Paris, 1894.

le Dr Tardif, a fait l'historique et l'exposé de la question et le peu que nous en dirons est emprunté à son travail. L'idée des anastomoses sans sutures revient à un Français Denans de Marseille, qui dès 1826 avait inventé un appareil permettant de les réaliser. Baudens, Amussat, Péan, Béranger-Féraud, Bobrick, Henroz, avaient modifié ce procédé que Murphy n'a fait que perfectionner. Et il semble, à en juger par la faveur dont son procédé est l'objet en Angleterre et en Allemagne et par les résultats obtenus, que son bouton soit appelé à prendre dans la suite une place de plus en plus considérable dans l'exécution de l'entéro-anastomose.

Il nous reste à signaler en dernier lieu un procédé spécial d'entéro-anastomose, employé pour la première fois par Casamayor dans un cas tout particulier, pratiqué en 1872, par Laugier, perfectionné et décrit sous le nom d'entéro-anastomose par le procédé de la pince par M. Chaput, dans une communication faite en juillet 1889, à l'Académie de Médecine. Cette méthode consiste dans la formation d'un anus contre nature véritable, créé par l'application d'une pince sur deux anses intestinales préalablement suturées et incisées, anus contre nature qu'on oblitère par suture dans la suite, après avoir abattu l'épéron, en appliquant l'entérotome.

CHAPITRE VII

OBJECTIONS FAITES A L'ENTÉRO-ANASTOMOSE. SES CAUSES D'INSUCCÈS.

Les données de l'expérimentation contemporaine, les progrès accomplis dans la technique opératoire, ont fait de l'*entéro-anastomose de Maisonneuve, anastomose par opposition latérale sans résection*, une opération si simple et si rationnelle, qu'il est permis de rechercher à l'heure actuelle les causes de l'abandon dans lequel on l'a pendant si longtemps laissée. En effet, alors que des opérations plus hasardeuses et plus difficiles, la résection intestinale suivie d'entérorraphie, par exemple, étaient toujours en faveur, malgré le peu de résultats qu'elles donnaient, et que des chirurgiens, aussi mal armés pour les exécuter avec succès que pour entreprendre l'entéro-anastomose, continuaient à les mettre en pratique, l'opération de Maisonneuve ne tentait jamais le savoir-faire et l'habileté du praticien.

Faut-il voir en cela seulement la défiance naturelle qu'éveillent à leur apparition toute les nouveautés, ou faut-il chercher des raisons spéciales à cet oubli ?

Sans parler ici d'une raison qu'on n'a plus le droit de mettre en ligne de compte, et qui s'appliquait également à toutes les opérations entreprises pour le traitement des affections intestinales, la crainte qu'inspirait aux chirurgiens l'ouverture de la grande séreuse péritonéale, il nous semble qu'on peut trouver des causes multiples, expliquant la défaveur jetée sur ce procédé à son origine et le peu de crédit que les médecins lui donnèrent pendant longtemps.

Tout d'abord, les deux cas dans lesquels Maisonneuve était intervenu s'étaient terminés par deux succès, que les blâmes attirés sur l'opérateur et la condamnation portée par l'Académie avaient rendus plus évidents. Maisonneuve avait négligé, avant de pratiquer cette opération sur le malade, d'en faire l'expérience sur des animaux, pour en étudier la méthode, en éviter les inconvénients dans la mesure du possible, en perfectionner le manuel opératoire, et pouvoir tout au moins répondre par quelques preuves sérieuses aux objections et aux critiques qu'on ne manquerait pas de soulever. Lorsque Woelfler pratiqua pour la première fois à la clinique de Billroth la gastro-entérostomie, il en avait précédemment fait une étude approfondie, fondé les règles, discuté les résultats expérimentaux. Ces recherches manquaient si bien à l'opération de Maisonneuve qu'il ne répondit pas dans la suite aux accusations qu'on porta contre lui au jour de sa communication.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que des observations incomplètes que nous possédons sur les deux opérations de Maisonneuve, il est impossible de déduire clai-

rement le procédé suivi dans l'exécution de l'entéro-anastomose, et qu'il est fort probable qu'un seul plan de sutures de Gély réunit les deux lèvres des incisions. Or, nous savons, que quelle que soit l'habileté de l'opérateur et la perfection des sutures, il faut toujours compter avec les accidents ultérieurs que les tiraillements de l'intestin par les efforts de vomissement ou par les troubles digestifs, qui sont la conséquence des fautes commises dans le régime post-opératoire, peuvent produire, en rompant les faibles adhérences à peine formées et en faisant céder les parois en contact, sous la traction des fils de la suture. La première opération de Maisonneuve, qui ne présentait pas des garanties suffisantes de solidité dans les sutures, dut en effet son insuccès à cette cause ; « un léger suintement des matières intestinales dans le péritoine amena la mort ».

Il existait encore un autre défaut de méthode dans l'opération telle que la pratiqua Maisonneuve, et sa seconde observation en donne la preuve évidente. Dans la thèse de Foucher (1), où elle est relatée, nous lisons : « L'ouverture pratiquée par le chirurgien est trop peu considérable et se trouve en dehors du passage des matières alimentaires ». Son incision avait cependant au début 4 à 5 centimètres sur chaque anse d'intestin. Mais c'est un fait d'observation, sur lequel nous aurons du reste à revenir longuement, à cause de son importance considérable et des indications qu'il comporte, que l'orifice de communication a une continuelle tendance à se rétrécir, et ce n'est que grâce à la méthode opératoire perfectionnée aujour-

1. Foucher. *Loc. cit.*

d'hui que l'on est parvenu à éviter presque avec certitude, même dans l'anastomose par suture, ce grave inconvénient.

D'autre part, il est parfaitement reconnu à l'heure actuelle que l'entéro-anastomose a ses indications absolument spéciales et ne doit pas être appliquée, dans tous les cas, à l'exclusion des autres procédés. La première opération de Maisonneuve fut pratiquée pour un étranglement interne. Or, à l'heure actuelle, il est reconnu par tous que l'étranglement aigu est une des contre-indications de l'entéro-anastomose. Dans son article du *Traité de chirurgie* sur l'obstruction intestinale, M. Jalaguier (1), résumant la question, écrit : « L'entéro-anastomose, préconisée par Senn, me paraît devoir être proscrite dans l'occlusion aiguë. » C'est aussi la conclusion à laquelle arrive M. Chaput : « et cela non-seulement parce que l'état général du sujet commande le minimum de durée de l'opération, mais encore parce que avec un intestin distendu par les matières et les gaz, et souvent friable, il est bien difficile de ne pas souiller le péritoine et bien aléatoire de compter sur des sutures. »

Un point que l'on ne saurait oublier non plus dans cette discussion, raison qui eut sans doute sa force dans la critique de l'entéro-anastomose, est la faveur dont jouissait, au temps de ses débuts malheureux, l'entérotomie dans tous ses procédés. L'anus contre nature, préconisé et perfectionné par Callisen et Amussat, réunissait tous les suffrages. Maisonneuve, en 1844, avait lui-même

1. Jalaguier. *Loc. cit.*

présenté à l'Académie des Sciences un mémoire en faveur de l'entérotomie pratiquée sur l'intestin grêle, et, Nèlaton en tête, les chirurgiens d'alors avaient suivi l'impulsion donnée. Les incertitudes et les insuffisances du diagnostic qui ne permettaient d'intervenir qu'au moment où éclataient les accidents d'obstruction, expliquent facilement cette préférence. Il y avait bien quelques discussions entre les partisans de l'anus contre nature pratiqué sur le gros intestin et ceux qui tenaient à exécuter l'entérotomie sur l'intestin grêle, mais il était admis malgré tout que le mode d'intervention le plus rationnel et le meilleur était un anus contre nature dans toutes les obstructions. L'esprit de routine aidant, la tendance naturelle à suivre le courant établi, écartaient les audacieux des tentatives nouvelles, et l'on allait, continuant à mettre en pratique les enseignements d'autrefois, ne cherchant rien qui les remplaçât avec avantage, dans une croyance absolue à la supériorité de l'entérotomie.

Que reste-t-il aujourd'hui de ces objections nombreuses, de ces obstacles accumulés à l'envi devant la méthode nouvelle à l'heure de son apparition? Les données de la science en ont peu à peu fait justice. L'antisepsie a levé toutes les craintes qu'inspirait l'ouverture de l'abdomen, et l'on a oublié depuis longtemps les malheurs du début devant les nombreux succès du présent. Des expériences ont créé la méthode à suivre et fait de l'entéro-anastomose une opération bien réglée, ayant des procédés nets et précis. D'autre part, on a appris, instruits par l'expérience, éclairés par les découvertes anatomo-pathologiques et symptomatologiques qui ont permis de poser

le diagnostic des rétrécissements, à éviter dans le traitement des occlusions aiguës l'application de l'entéro-anastomose, et à la pratiquer dans des cas nettement définis, en dehors de toute cause d'insuccès venant de l'affection elle-même. Enfin, la fortune change pour l'anus contre-nature, et bien qu'il ait conservé la faveur d'un grand nombre, il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle beaucoup de chirurgiens tendent à le remplacer, dans tous les cas où la chose est possible, par l'anastomose intestinale.

Une objection beaucoup plus sérieuse, la première soulevée et la plus longtemps mise en avant, celle que nous avons vu donner naissance à tant de modifications de l'opération primitive, est celle qui consistait à dire que l'accumulation des matières alimentaires dans le segment intestinal isolé amènerait fatalement dans un avenir prochain des accidents formidables. Et la confiance dans cette affirmation était si complète, le fait devait se produire d'une façon si inévitable, que l'on ne s'était même pas donné la peine d'en chercher et d'en donner la preuve expérimentale; on n'en argumentait pas moins sur cette simple hypothèse. Jusqu'au jour où des faits expérimentaux vinrent démontrer la fausseté de pareilles assertions, l'entéro-anastomose resta sous le coup de cette accusation, purement gratuite, puisque les preuves manquaient à son appui. L'importance de cette objection était donc capitale, et de sa ruine dépendait le succès futur de l'entéro-anastomose de Maisonneuve. Aussi Senn écrivait en 1888 (1) : « Si on peut laisser de côté cette objection,

1. Senn. *Intestinal Surgery*, loc. cit.

il devient évident que l'opération qui consiste à établir une anastomose intestinale a un grand avenir, et deviendra bientôt un procédé reconnu dans le traitement de l'obstruction intestinale, et une opération destinée à remplacer la suture circulaire dans quelques formes de lésions de l'intestin qui réclament l'excision. »

Nous avons vu la longue série des moyens imaginés pour éviter cette occurrence possible, encore que non prouvée comme dangereuse. Or, après avoir entrepris un nombre considérable d'expériences, Senu concluait : « Les résultats de mes expériences ont montré d'une manière concluante que la crainte d'une accumulation des matières fécales dans la partie isolée de l'intestin, c'est-à-dire dans la position intermédiaire, contenant le siège de l'obstruction, comprise entre les deux ouvertures nouvelles grâce auxquelles l'anastomose a été établie, n'est pas fondée. » Les observations lui ont donné raison.

Il reste donc bien peu de chose à reprocher à l'opération telle que la conçut Maisonneuve. Nous avons autant que possible fait justice des accusations portées contre elle en tant que procédé opératoire. Il nous reste à en discuter les indications, et laissant à d'autres le soin d'en décrire les applications dans leur généralité, nous nous bornerons à la considérer comme mode de traitement dans l'ordre d'affections dont nous avons précédemment tracé l'histoire, et à établir, dans la mesure du possible, une comparaison entre elle et les deux procédés ordinaires de traitement, l'entérotomie et la résection intestinale suivie d'entérorraphie.

CHAPITRE VIII

INDICATIONS DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS INTESTINAUX.

Avant d'entreprendre la discussion du traitement, il importe de faire une distinction entre les différentes sortes de rétrécissement au point de vue des diverses opérations qui doivent leur être appliquées, en raison de leur étendue, de leur nature, de leurs rapports de voisinage, et des lésions dont ils peuvent s'accompagner. On pourrait diviser de la sorte les rétrécissements en 4 classes :

1° Rétrécissements simples, de peu d'étendue, sans lésions sérieuses de l'intestin et des organes du voisinage ;

2° Rétrécissements simples, de longueur considérable, ou ayant déterminé des lésions de l'intestin et contracté de nombreuses et solides adhérences avec les parties adjacentes ;

3° Rétrécissements cancéreux bien limités, sans infection ganglionnaire apparente ;

4° Rétrécissements cancéreux très étendus, accompagnés

des lésions communes aux rétrécissements en général, et d'infection cancéreuse.

Les rétrécissements simples du premier genre peuvent être parfois justiciables du mode de traitement que Heinecke et Mikulicz ont imaginé pour le rétrécissement cicatriciel du pylore. Ce procédé consiste à inciser longitudinalement le rétrécissement. Cette incision prend facilement la forme d'un losange, et il suffit de suturer deux à deux les bords de ce losange pour obtenir un élargissement considérable de l'intestin. L'opération de Heinecke-Mikulicz a été employée avec succès par Péan, pour un rétrécissement de l'intestin grêle (Académie de Médecine, 1890), et pour les rétrécissements du rectum. M. Chaput l'apprécie de la façon suivante : « Ce procédé est précieux pour le rectum, où il est difficile de faire mieux : mais pour les rétrécissements du pylore et de l'intestin, je trouve préférable la gastro-entérostomie ou l'entéro-anastomose, qui s'exécutent avec plus de facilité sur des tissus plus souples. »

Parmi les autres rétrécissements, il en est qui peuvent être également traités par une opération radicale, dans l'espoir d'une guérison absolue. Ce sont les rétrécissements cancéreux bien limités, les petites tumeurs de l'intestin encore au début de leur développement, n'ayant pas encore amené les complications de l'infection ganglionnaire et de la cachexie cancéreuse. Dans ces cas l'entérectomie suivie d'entérorraphie est indiquée : en opérant de bonne heure, alors que l'état général du malade permet une intervention sérieuse et longue, le chirurgien peut espérer une guérison de longue durée.

La question ne se pose plus aussi simplement pour les rétrécissements simples de grande étendue ou accompagnés d'importantes lésions de voisinage : elle est encore plus difficile et plus sérieuse pour les tumeurs volumineuses de l'intestin compliquées des lésions de l'infection ganglionnaire. Deux raisons commandent la réflexion sérieuse avant d'en entreprendre le traitement :
1° Les dangers de l'intervention elle-même, dangers qui tiennent aux désordres graves, aux délabrements étendus que réclame l'ablation du rétrécissement, et qui s'accompagnent nécessairement d'un choc considérable, en raison de la longueur de l'opération ;

2° Les chances probables d'une récurrence rapide des tumeurs malignes réséquées.

Nous avons réservé l'anus contre nature aux occlusions aiguës, aux cachexies avancées, et aux rétrécissements du rectum, et la discussion se limite par conséquent à deux modes de traitement : l'entérectomie suivie d'entérorraphie et l'entéro-anastomose.

Dans les rétrécissements simples, réséquer peut paraître bien : l'ablation est tout au moins rationnelle, puisqu'elle amène la suppression d'un obstacle qui, en raison de sa nature, ne peut récidiver dans la suite. La guérison complète et durable dépend tout entière du succès immédiat de l'opération, et le patient est à jamais débarrassé de son affection du jour où la guérison opératoire est terminée. Mais n'est-il pas permis, en présence des dangers réels d'une résection laborieuse et longue, de chercher un procédé meilleur, plus rapide dans son exécution, aussi bon dans ses résultats ? Cette recherche s'im-

pose encore d'une façon plus absolue pour les rétrécissements d'origine maligne, où l'entérectomie, tout en faisant courir au patient les dangers immédiats d'une résection étendue, ne le met pas à l'abri d'une récurrence prochaine.

La question du traitement des tumeurs intestinales et des rétrécissements étendus a été singulièrement éclaircie dans ces dernières années par l'admission et la mise en pratique des idées nouvelles. En opérant de bonne heure, le chirurgien évite de se trouver en présence de complications terribles de l'obstruction, et le but de l'intervention se résume tout entier pour lui dans cette indication : prévenir, en ouvrant aux matières une voie d'échappement artificielle, les accidents aigus de l'occlusion, en rendant, dans la mesure du possible, la cause de l'obstruction inoffensive. L'entéro-anastomose, dans l'ordre de faits qui nous occupe, remplit complètement ces conditions.

Considérée comme procédé opératoire, au point de vue de la gravité de l'intervention en elle-même, l'entéro-anastomose simple, telle que Maisonneuve la pratiquait et que M. Chaput l'a décrite, se présente avec des garanties de sécurité et de simplicité telles qu'elle peut être mise en parallèle avec l'entérotomie. « L'absence de résection, dit M. Chaput, donne à cette opération un caractère de bénignité si particulier qu'il importe de considérer ce fait comme une des caractéristiques les plus importantes de ce procédé opératoire. » Et il ajoute : « C'est un anus contre nature qui débouche, non pas à la peau, mais dans une autre anse d'intestin. ».

Au point de vue de la rapidité d'exécution, elle n'en-

court pas les reproches qui ont été pour beaucoup dans la critique de l'entérorraphie. Sans parler des procédés et des appareils nouveaux qui ont permis de réaliser l'anastomose intestinale en quelques minutes, le procédé de la suture lui-même n'est pas comparable, pour la durée qu'il comporte à la suture intestinale dans l'entérorraphie circulaire, qui suit l'entérectomie, en raison des difficultés qu'elle comporte. Elle présente donc l'immense avantage, condition essentielle de succès, d'épargner dans une large mesure au patient les dangers qu'entraîne la longueur de l'entérectomie suivie d'entérorraphie, et de diminuer ainsi de beaucoup le redoutable choc opératoire, que Murphy considère avec raison comme la cause la plus importante des insuccès des opérations portant sur l'intestin.

Les expériences de Senu ont montré que les accumulations si redoutées des matières fécales dans l'anse intestinale isolée n'avaient rien des dangers qu'on leur imputait. Dans la plupart de ses expériences, l'anse soustraite au cours naturel des matières était vide, et chez les rares animaux où le fait s'est produit, il ne semble pas qu'aucun accident en ait résulté dans la suite. Quoi qu'il en soit, on reprochera longtemps à l'entéro-anastomose de ne pas faire plus pour la suppression de l'obstacle : La relégation simple d'une anse intestinale malade dans un coin de l'abdomen, sans rien tenter pour l'ablation de la tumeur ou du rétrécissement, semble entraîner avec elle de graves inconvénients, et paraîtra toujours un des mauvais côtés du procédé, mais les faits sont là, qui répondent victorieusement aux objections faites.

Il est tout d'abord bien évident que pareille manière de procéder n'encourt pas les mêmes reproches que la méthode employée par Salzer dans ses expériences, et par Richmond dans une opération malheureuse. L'anse n'est que relativement isolée du cours des matières intestinales, et communique par ses deux extrémités avec la continuité de l'intestin : elle peut par suite déverser facilement dans le tube digestif le produit de ses sécrétions physiologiques et morbides, qui amèneraient fatalement, par leur accumulation dans une anse fermée, les accidents d'ulcération et de perforation observés dans les expériences de Salzer. Mais la conservation de l'obstacle n'entraîne-t-elle pas avec elle d'autres inconvénients plus sérieux qui permettraient de donner la préférence à l'entérectomie suivie d'entérorraphie malgré les dangers encourus? Que devient cette anse dans la suite; et que gagnerait-on à supprimer l'obstacle? Pour répondre à ces objections, il faut scinder la question et considérer deux cas possibles : 1° Ou bien cet obstacle est de nature purement inflammatoire, et son état d'inflammation est entretenu et graduellement augmenté par le contact permanent et le passage des matières intestinales; 2° ou bien cet obstacle est une tumeur maligne, soumise au même processus, et dont la nature implique nécessairement les risques d'une récurrence après ablation.

Or, dans le premier cas, qu'arrivera-t-il probablement? Les matières intestinales, détournées de leur cours normal par la voie nouvelle que leur ouvre l'entéro-anastomose, et ne franchissant plus qu'en très petite quantité le rétrécissement, n'irriteront plus par leur passage les lésions

inflammatoires, qui doivent par suite rétrocéder et s'éteindre. De pareils cas, où l'inflammation franche est en pleine évolution au moment de l'intervention, se présenteront d'ailleurs rarement dans la pratique. Ce n'est pas à la période d'évolution aiguë que les affections qui détermineront par leur marche future la formation de rétrécissements, tenteront la main du chirurgien, et si l'on observe les enseignements, qui conseillent d'opérer dès que les premiers symptômes indiquant la formation d'un anneau de sténose apparaissent, les lésions inflammatoires n'auront sans doute pas eu le temps de se produire, ou n'auront pas assez d'importance pour faire craindre, par leur future évolution, les dangers de la perforation et des suppurations locales, ou des péritonites généralisées qui leur succèdent.

Pour les tumeurs de l'intestin, la question est plus complexe et mérite plus d'attention. Les rétrécissements d'origine maligne n'échappent pas plus que les rétrécissements simples aux dangers de l'inflammation par le contact des matières. Ils subissent même, à la période ultime de leur évolution, une désintégration de leurs éléments constitutifs, un véritable morcellement. Un processus de ramollissement attaque la masse néoplasique dans toute son épaisseur et marche progressivement à la perforation, que n'attardent d'ailleurs que l'épaisseur des adhérences et les infiltrations cancéreuses qui englobent l'intestin. Mais avant d'en arriver à ce degré de fonte, il s'écoule un temps considérable. L'entéro-anastomose d'ailleurs, comme l'anus contre nature, a l'avantage de retarder ce ramollissement, en détournant le cours des matières.

Cette objection écartée, il faut mettre en ligne la comparaison l'entéro-anastomose pure, procédé opératoire sans dangers sérieux, et l'entérectomie avec ses dangers immédiats et ses résultats futurs malheureusement problématiques et trop aléatoires. Chercher la guérison radicale par une ablation complète de la tumeur est certainement le but idéal à poursuivre, et l'entérectomie tente toujours le chirurgien, dans l'espoir — que les observations relatées jusqu'ici ont d'ailleurs rendu, nous l'avons vu, bien chimérique — de prévenir la récurrence dans un avenir prochain. Malheureusement la gravité de l'opération elle-même doit entrer en ligne de compte, et pour beaucoup, dans le choix d'un traitement à appliquer, et inspirer au chirurgien une circonspection prudente. Et quand bien même le résultat immédiat fût-il sûr, a-t-on le droit d'appliquer au traitement des tumeurs intestinales reconnues malignes, alors même que les signes de généralisation manquent, et que les lésions du voisinage permettent l'ablation sans trop de délabrement, une opération qui dans la grande majorité des cas sera suivie de récurrence ? « Faire mourir de suite... ou vaincre pour peu de temps », voilà d'après Bouilly les deux alternatives de l'entérectomie.

L'entéro-anastomose supprime les dangers si nombreux et si grands du procédé opératoire. Elle laisse, il est vrai, dans l'abdomen, sur le trajet intestinal, une source d'infection, dont la propagation suit son cours régulier, mais elle assure tout au moins au malade un soulagement immense, au prix d'une intervention dont les dangers sont en somme bien minces et de peu d'importance. Les douleurs souvent intenses, parfois intolérables que

causent les troubles digestifs, et qui par leur longue durée et leurs incessantes répétitions épuisent les forces du malade, disparaissent ou s'atténuent graduellement, parfois même dès que l'anastomose est constituée. Et quand la nature du rétrécissement est essentiellement bénigne, ou que l'évolution du cancer est à son début, on voit le malade reprendre ses forces, son appétit, son embonpoint.

Dans un certain nombre d'observations, nous voyons que le diagnostic primitif a dû être réformé après examen de la pièce, et qu'on a entrepris pour des tumeurs bénignes des opérations autrement graves que ne le comportait leur nature véritable. Les méprises seront toujours nombreuses : il est des invaginations chroniques ulcéreuses, des rétrécissements tuberculeux qui ont semblé à un examen même sérieux, des tumeurs malignes. Le fait se présentera sans doute dans des cas où l'on aura pratiqué l'entéro-anastomose, comme il s'est produit par exemple dans l'observation d'Hochenegg. On aura par là-même évité au patient les dangers d'une résection, ou, tout en supprimant les accidents, épargné, grâce à l'application d'un procédé excellent, les marques extérieures toujours regrettables d'un anus contre nature, les inconvénients multiples qui en découlent, sans parler des opérations que la cure peut en demander dans la suite.

L'entéro-anastomose échappe enfin à un reproche sérieux fait à l'entérotomie d'emblée, presque au hasard, sur une anse intestinale parfois très élevée, et déterminant la mort par défaut d'absorption en raison de la

longue partie de l'intestin inutilisée. L'opération de Maisonneuve assure, en rétablissant la continuité du tube intestinal dans presque toute son étendue, le fonctionnement physiologique normal de la plus grande portion de l'intestin nécessaire à l'entretien de la vie.

C'est grâce à ces avantages que l'entéro-anastomose a pris, depuis quelques années, une place importante dans le traitement des rétrécissements intestinaux en général et des tumeurs en particulier, et qu'elle tend à continuer de plus en plus sa marche envahissante dans cet ordre important d'affections intestinales.

Le complément véritable de cet article est fourni par les observations qui suivent, et les résultats obtenus sont la meilleure preuve à donner, pour montrer ce que l'on est en droit d'espérer de cette opération.

CHAPITRE IX

CONDITIONS DE SUCCÈS DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Il est des rétrécissements de l'intestin dans lesquels l'entérectomie suivie d'entérorraphie peut être rejetée : il en est d'autres dans lesquels elle doit être rejetée. Il en est de même pour l'anús contre-nature. Il ne s'ensuit pas nécessairement que l'entéro-anastomose soit appelée à subvenir en toute occurrence aux indications des rétrécissements à l'exclusion de toute autre opération. Comme la résection et l'entérotomie elle a des conditions essentielles de succès : l'état général et l'âge du sujet, l'état de l'intestin, doivent entrer en ligne de compte dans la discussion du procédé.

La première condition de succès, et la plus importante, c'est d'opérer de bonne heure, dès que les troubles digestifs, annonçant le début et l'évolution de la maladie, permettent de poser un diagnostic de probabilité. Et cela pour deux raisons : 1^o l'on opère alors que le malade, n'ayant pas encore subi les souffrances occasionnées par le rétrécissement, et échappant à cette époque à la

cachexie des tumeurs malignes, et à la coprémie, conserve un état général suffisamment bon pour autoriser une intervention chirurgicale d'assez longue durée; 2° l'on opère en dehors des phénomènes aigus d'obstruction, qui peuvent survenir à une période avancée de l'évolution des rétrécissements, et qui déterminent par leur apparition des modifications importantes dans l'état de l'intestin tout entier, et dans l'état général du malade, abattu par le choc nerveux.

En effet, bien qu'étant de peu de durée, l'entéro-anastomose n'en comporte pas moins une certaine gravité chez les débilités. L'ouverture de l'abdomen, la recherche de l'obstacle, le choix des deux anses à réunir, l'exécution de l'entéro-anastomose enfin, demandent des manœuvres assez longues, qui nécessitent l'emploi du chloroforme, et qui épuiseront rapidement le peu de forces des cachectiques, des vieillards, des enfants.

D'autre part, l'obstruction aiguë s'oppose formellement à l'application de l'entéro-anastomose, parce que, indépendamment de sa cause, elle s'accompagne d'une série de modifications pathologiques, d'accidents généraux et locaux qui, en dehors de l'interruption partielle ou complète du passage des matières intestinales, mettent le malade dans un état d'infériorité et de faiblesse extrêmes; et rendent d'autre part les parois intestinales impropres à résister aux sutures. Dans l'occlusion aiguë, en effet, la violente action péristaltique qui s'exerce sur le bout supérieur pour combattre l'obstacle au cours des matières, amène un afflux de sang considérable dans les parois intestinales : à travers les capillaires engorgés, une

transsudation se fait, qui amène rapidement l'œdème des tuniques, et parfois la gangrène. Les parois intestinales enflammées deviennent perméables, et les micro-organismes pathogènes, qui habitent toujours par colonies innombrables le tube digestif tout entier, après avoir traversé les parois, s'en vont déterminer, dans la grande séreuse abdominale, les accidents terribles de la péritonite septique. Serait-il donc sage dans des conditions aussi déplorables, d'aller tenter sur une anse intestinale distendue par les gaz, et dans des tissus infiltrés et infectés, une incision, que l'échappement des gaz et des matières peut rendre dangereuse, et des sutures, que l'état des parois et la tension de l'intestin feront céder au premier moment ? La recherche de l'obstacle, elle-même, à travers les anses intestinales gonflées outre mesure et qu'on ne peut retenir dans la cavité abdominale, est, dans de telles conditions, extrêmement difficile, toujours longue, parfois impraticable. Sans parler du choc opératoire, le choc nerveux qui accompagne les accidents de l'occlusion aiguë suffit pour entraîner la mort du patient. Dans de pareils cas, l'anus contre nature lui-même, malgré la simplicité opératoire, a eu nombre d'insuccès à compter, qui étaient bien plutôt dus à l'affection elle-même, cause intrinsèque de danger, qu'à l'opération. Nous avons vu quels avaient été les résultats de pareilles tentatives. C'est ainsi que Braun marque son étonnement de voir l'entérotomie donner dans l'invagination aiguë d'aussi piètres résultats. Il fait constater en effet dans son tableau clinique, que dans 19 cas aigus ou chroniques d'invagination on a fait l'entérostomie avec ou sans tentatives de

désinvagination, et il y a eu 19 morts.

L'entéro-anastomose en aurait autant à son actif si on l'employait dans des conditions analogues. Aussi les auteurs s'accordent-ils presque unanimement à rejeter l'opération de Maisonneuve dans le traitement des occlusions aiguës. Nous avons exposé dans un chapitre précédent les opinions de MM. Chaput et Jalaguier,¹ qui la condamnent. Seul Senn, l'a préconisée, mais les deux seules opérations que nous connaissions dans l'espèce ont échoué : les interventions de Maisonneuve (1^{re} observation), et de Laugé (1), se sont terminées par la mort.

Une deuxième condition de succès de l'entéro-anastomose consiste dans la rapidité du procédé opératoire. Il y a nécessité à abréger autant que possible la durée des interventions portant sur l'intestin. A ce point de vue, le procédé de la suture présente des garanties suffisantes pour qu'on en continue l'emploi, malgré les objections qu'on lui a faites. M. Chaput en a exposé les avantages et les inconvénients dans son mémoire de 1891. « Le procédé de la suture présente de grands avantages : il s'exécute en un seul temps, il est bien conçu et, correctement exécuté, on n'a que peu d'objections à lui faire. Celles qui restent ne sont cependant pas sans importance. Il y a d'abord la question de danger, par inexpérience de l'opérateur : cette objection est réelle. Il faut avoir une très grande habitude de la chirurgie intestinale pour être certain de ne pas faire de faute opératoire dans l'exécution de la suture (fils

1. Laugé *New-York medical record.*, nov. 1888.

trop serrés ou trop peu, trop rapprochés (sphacèle) ou trop espacés (insuffisance de la suture), adossement des surfaces trop étendues, fautes dans le régime qui suit l'opération. »

Dans son travail sur le traitement des tumeurs de l'intestin, M. Boiffin répond : « Le procédé de la suture garde une supériorité incontestable, et la bénignité en a singulièrement augmenté depuis quelque temps. En effet, les sutures intestinales entrent de plus en plus dans la pratique de la chirurgie abdominale, et on ne peut désormais objecter l'inexpérience du chirurgien. »

« Une autre objection très sérieuse aussi, dit Chaput, c'est la possibilité de l'oblitération de l'orifice créé par le chirurgien. La cause de cette oblitération s'explique par le mécanisme de la soudure des plaies angulaires. » Mais M. Chaput résout lui-même la question, en donnant un procédé qui présente de sérieuses garanties pour remédier à cet inconvénient. « Pour éviter cet accident, dit-il, je recommande de faire une suture muco-muqueuse très soignée, de façon à ourler avec cette tunique le bord de l'orifice qui deviendra ainsi permanent » : Le temps nécessaire à l'exécution de la suture sera d'ailleurs utilement diminué, et de beaucoup, si, au lieu de suivre le conseil qu'il donne de pratiquer la suture de Lembert à points séparés, on emploie la suture en surjet, et plus particulièrement la suture en surjet à points passés décrite par Doyen de Reims (1), « variété de surjet fait de telle sorte

1. Doyen. *Arch. prov. de chirurgie*, 1892, 23.76.

que tous les trois ou quatre points le fil est arrêté, en repassant l'aiguille au travers du point précédent. » Doyen ajoute : « La rapidité d'exécution est incomparable : l'affrontement est bien supérieur à celui que donnent les sutures à points séparés. »

Malgré ces avantages réels de la suture, nous avons vu quel nombre considérable de procédés nouveaux ont été mis en pratique pour la remplacer dans les anastomoses viscérales. Il reste à savoir si ces appareils récents, perfectionnements de méthodes déjà anciennes, qui ont permis de réaliser sans sutures les anastomoses viscérales, présentent des garanties plus sérieuses de succès. Ils offrent l'incontestable avantage de permettre l'accolement des séreuses sur une surface beaucoup plus grande que ne le fait la suture.

Il est un procédé surtout qui a son importance, et qui contribuera sans doute à donner à l'entéro-anastomose une plus grande extension, en permettant peut-être de la réaliser dans des cas où l'état général du sujet n'autorise pas une opération de longue durée. C'est celui de Murphy qui permet de pratiquer l'anastomose en un temps extrêmement court. Murphy a pu réaliser, à l'aide de son bouton anastomotique, l'anastomose intestinale en 7 minutes, 6 minutes, 5 minutes 1/2 et enfin en 4 minutes 1/2.

Malgré les statistiques apportées à l'appui des opérations de Senu et de Murphy, un beau rôle reste encore à la suture intestinale. Pas plus qu'elle ces opérations ne permettent d'éviter avec certitude cette fâcheuse rétraction de l'orifice anastomotique qui s'est produite dans les cas de Maisonneuve, d'Abbe, de Salzwedel, et peut-être dans

un cas de Comte. Le reproche a été fait à l'opération de Senu au moyen de plaques osseuses décalcifiées. Le procédé de Murphy, d'après les assertions de l'auteur et les observations récemment publiées par Tardif, semblerait être à l'abri de ce reproche; mais on se heurte alors à une autre objection. Tout en admettant que la cicatrice linéaire, qui résulte de l'accolement exact des bords de l'intestin sous la pression élastique du bouton ait le minimum de tendance à se rétracter, cette rétraction, si petite qu'elle soit, ne suffira-t-elle pas pour détruire les bénéfices de l'opération, étant données les petites dimensions de l'orifice? Pour être expulsés sans danger du tube intestinal après le sphacèle des bords de l'intestin qu'ils unissent, les boutons anastomotiques doivent être nécessairement d'un volume exigü, et la lumière de l'orifice est en rapport exact avec sa dimension. L'inconvénient sera surtout appréciable lorsque l'anastomose aura été pratiquée pour des rétrécissements de nature bénigne, qui n'entraînent pas la cachexie par leur présence, et permettraient une longue survie, si l'anastomose avait été bien exécutée.

Par le procédé de la suture, tel que l'ont modifié Woelfler et Chaput, il sera toujours facile de remédier à ce grave inconvénient. Il appartient au chirurgien de faire une incision aussi étendue qu'il le désire aux deux anses intestinales destinées à être anastomosées, et il a à sa disposition des procédés de suture excellents qui réduiront à leur minimum les dangers de la rétraction cicatricielle : cet ourlet de muqueuse que Chaput recommande de pratiquer peut assurer à l'ouverture artificielle

un calibre presque constant, et il suffit que l'incision primitive soit assez grande pour qu'on n'ait pas à redouter dans la suite l'atrésie de l'orifice et les accidents qu'elle entraîne.

Les procédés modifiés d'entéro-anastomose avec résection et opérations complémentaires n'offrent pas plus de chances de succès que l'opération de Maisonneuve pure et simple. Les quelques reproches encourus par cette opération sont réduits à néant par les statistiques, et sont largement compensés, dans les autres procédés, par la mortalité plus grande sans résultats meilleurs. L'expérience a montré ce que les procédés mis en pratique par Hochenegg, Salzer, Senn, Jessett, avaient de mauvais. Les essais de Salzer étaient en contradiction formelle avec les données de la physiologie : les modifications apportées par Hochenegg n'ont rien donné, et l'on peut se demander pourquoi Senn, après avoir expérimentalement vérifié ce qu'avaient de peu fondé les dangers si redoutés de l'accumulation des matières dans l'anse isolée, après l'entéro-anastomose sans résection, par apposition latérale, a mis en pratique un procédé spécial, destiné, grâce à la résection et à la suture de l'anse malade au-dessus du néoplasme, à prévenir ce péril dont il venait de renverser l'idée. D'ailleurs les observations ont montré que les matières s'introduisaient dans l'anse intestinale au-dessous du néoplasme, et nous ne voyons pas de quelle préférence on pourrait gratifier un procédé dont tout le mérite consiste à supprimer l'engouement du bout supérieur, tout en laissant au contenu

de l'intestin le libre accès du bout inférieur transformé en cul-de-sac.

On ne saurait non plus aujourd'hui accepter les conclusions que donne le professeur Gross de Nancy, dans un article sur l'iléo-colostomie, publié en 1892 (1). « Hochenegg nous apprend, dit-il, comment il convient de procéder vis-à-vis du segment intestinal altéré ». Or, l'opération de Hochenegg, cette iléo-colostomie dont nous avons décrit la technique, n'a de l'entéro-anastomose que le nom : c'est une véritable entérorraphie circulaire, avec isolement de l'anse malade, dont les deux bouts fixés à la peau formaient une sorte d'anse contre nature, opération originale par la méthode suivie, mais qui n'a rien de comparable avec l'opération de Maisonneuve, si simple, si rapide, si satisfaisante.

A résultat égal, il faut préférer de deux procédés opératoires celui qui offre la plus grande simplicité et le moins de danger. La supériorité reste à l'opération de Maisonneuve ; les observations qui suivent en donneront la preuve.

1. Gross. *Sem. med.*, 1892, 13 février. *De l'iléo-colostomie.*

CHAPITRE X

OBSERVATIONS.

Les observations *d'opérations de Maisonneuve, entéro-anastomose simple sans résection*, que nous avons pu recueillir, ne sont pas assez nombreuses, et surtout pas assez complètes, pour que nous ayons la prétention d'en tirer des conclusions absolument définitives. La question ne se résume pas en effet dans la constatation pure et simple des résultats immédiats. Le grand intérêt, et le point capital consiste à savoir si les résultats obtenus sont durables, et si les avantages présentés au début persistent suffisamment pour légitimer l'emploi de cette opération dans le traitement des rétrécissements intestinaux.

Jusqu'à présent, l'entéro-anastomose de Maisonneuve a tenu ce qu'elle promettait à ses débuts, et les résultats que nous avons pu constater permettront d'être large dans notre appréciation et d'apporter un appui sérieux aux jugements qui ont été précédemment portés sur elle. Les observations à venir accrédi-teront sans doute de plus en plus cette opération, mais elles n'auront un effet réel-

•

lement utile, une portée vraiment sérieuse, que lorsque les auteurs, ne se bornant pas seulement à la constatation d'un fait, après avoir publié la guérison opératoire, auront suivi leurs opérés pendant de longs mois et pourront en présenter l'histoire. Cette patiente, mais fructueuse attention, a manqué à beaucoup. Bien des opérations sont déjà anciennes, dont on n'a pas publié les suites, et beaucoup de celles dont nous avons pu trouver la relation complète sont trop près de nous pour que nous puissions porter sur la méthode en général un jugement décisif.

L'appréciation varie d'ailleurs suivant la nature des rétrécissements. Aussi avons-nous réuni dans deux tableaux différents : 1° les rétrécissements de nature maligne; et 2° les rétrécissements simples. Nous en exposerons ensuite les observations avec autant de détails qu'il nous sera possible, avant de donner les conclusions qui nous semblent devoir en découler.

Cancer de l'intestin.

TABLEAU N° 1.

N°s	Dates	Publications	Chirurgiens	Diagnostic	Opérations	Résultats
1	12 février 1889.	St. Pétersbourg, méd. Wochensch. N° 24, 1889.	Walh.	Cancer de l'angle splénique du colon.	Côlo-sigmoïdostomie.	Guérison.
2		Medical News, 1 ^{er} juin 1889.	Abbe.	Cancer de l'angle hépatique du colon.	Côlo-côlostomie.	id.
3	2 juillet 1889.	New-York, méd. record, N° 21, 1888.	Willy-Meyer.	Cancer de l'angle hépatique du colon.	Côlo-côlostomie.	id.
4		Société allemande de chirurgie, 1889, p. 68.	Manteuffel.	Cancer de l'angle splénique du colon.	Entéro-anastomose (?)	id.
5		Rev. méd. Suisse romande, 1890, N° 7, et 1892, XII, p. 133, 189 et 264.	Riedel-Comte.	Carcin. de l'angle splénique du colon.	Iléo-côlostomie.	Mort.
6	28 mai 1891.	Académie de médecine, 4 août 1891.	Chaput-Terrillon.	Carcin. du cœcum.	Iléo-sigmoïdostomie.	Guérison.
7	7 août 1891.	British medic. journ., 22 avr. 1893, p. 844.	Rutherford Morrison.	Carcin. du cœcum, de l'iléon et du colon ascendant.	Iléo-côlostomie.	id.
8	24 août 1891.	Lancet, 1892, T. I, p. 864.	Littlewood.	Carcin. de l'angle hépatique du colon.	Iléo-sigmoïdostomie.	id.
9	14 novembre 1891.	Maryland, M. J. Baltimore, 1892.	Ashton.	Carcin. de l'iléon,	Entéro - anast. (?)	id.
10		Medic. record New - York, 1892, p. 399.	Weir.	Néoplasme du colon transverse.	Iléo-sigmoïdostomie.	id.
11	3 novembre 1892.	Revue chirur., 1893. Trait. chirurg. des tum. de l'intestin.	Boiffin.	Carcinome du cœcum et du colon ascendant.	Iléo-côlostomie.	id.
12	décembre 1893.	Boston medic. and surg. journal, 22 mars 1894.	Elliot.	Cancer du cœcum.	Iléo-côlostomie.	id.
13	25 octobre 1894.	Inédite.	Boiffin.	Cancer du cœcum.	Iléo-côlostomie.	id.
14	30 novembre 1894.	Inédite.	Boiffin.	Cancer du cœcum.	Iléo-côlostomie.	id.
15		Rev. méd. Suisse romande, 1890, N° 6.	Riedel-Comte.	Tum. de nature tubercul. de l'intestin.	Entéro-anastomose (?)	id.

Tuberculose intestinale.

OBSERVATION I (Wahl).

Entéro-anastomose entre le côlon transverse et l'S iliaque pour un carcinome de l'angle splénique du côlon. Guérison.

(*Saint-Petersbourg medizinische wochenschrift*, 1889, n. 24).

(Mémoire de M. Chaput. *Arch. génér. de méd.*)

Observat. portant le n. 5.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, cachectique, se plaignant depuis quatre ans de coliques et de constipation.

Le 21 janvier 1889, elle a du ballonnement, les anses se dessinent sous la peau, on sent au-dessous de l'ombilic une anse résistante changeant de position.

Le 12 février 1889, laparotomie médiane ; on trouve un rétrécissement cancéreux de l'angle splénique du gros intestin ; on exécute alors l'entéro-anastomose entre le côlon transverse et l'S iliaque.

On tamponne d'abord le péritoine avec des linges chauds. On fait ensuite une incision de quatre centimètres sur le côlon transverse, au-dessous de l'insertion du grand épiploon ; il s'écoule deux litres de matières fécales.

Avec une pince de Kœberlé et un tube de caoutchouc, on comprime l'intestin au-dessus et au-dessous de l'ouverture du côlon transverse. On place une première ligne de sutures entre la lèvre postérieure du côlon transverse et l'S iliaque non ouvert. Celui-ci est ensuite incisé et on suture ensemble les lèvres antérieures. Une deuxième ligne de suture consolide la première.

En enlevant la pince, on constate que les matières passent dans l'S iliaque, et on se convainc que la suture est suffisante. Greffe épiploïque par dessus la suture. Guérison.

OBSERVATION II (Abbe).

Entéro-anastomose entre les côlons ascendant et transverse. Guérison opératoire. Procédé des plaques osseuses décalcifiées.

(*Medical News*. 1^{er} juin 1889).

(Mémoire de M. Chaput. *Arch. gén. méd.*)

Observat. portant le n. 9.

Abbe a fait l'anastomose entre le côlon ascendant et le côlon transverse pour un cancer de l'angle hépatique du côlon. Il employa le procédé des plaques osseuses décalcifiées de Senu.

Le malade survécut trois mois et demi.

A l'autopsie, on trouva que l'anastomose n'avait pas persisté, ce que Abbe attribue à ce que l'orifice des plaques était trop petit.

OBSERVATION III (Willy-Meyer).

Anastomose du côlon ascendant et transverse pour un cancer de l'angle hépatique du côlon. Guérison.

New-York medical record 24 novembre 1889, n. 21.

Mémoire de M. Chaput. *Arch. génér. méd.*, 1891.

Observation portant le n. 7.

Femme de 33 ans. En janvier 1889, douleurs intestinales avec constipation et vomissements, les accidents ne durent que quelques jours, mais reparaissent à plusieurs reprises. Elle est soignée pour un catarrhe intestinal.

L'examen du ventre, dans le sommeil anesthésique, révèle une masse dure, irrégulière, mobile, dans la profondeur de la région hypogastrique droite.

Le 2 juillet 1889, laparotomie au niveau de la tumeur, paral-

lèlement à la ligne blanche. On trouve un cancer, infiltrant l'angle hépatique du côlon, avec masses secondaires sur toute la hauteur du côlon ascendant. L'ablation étant impossible, on anastomose le côlon ascendant et transverse ; incision de deux pouces sur chaque intestin, suivie d'une double suture continue de Lembert au catgut.

La muqueuse n'est pas prise dans la suture. Durée de l'opération, deux heures et demie.

Au huitième jour, selle par l'anus ; à partir de ce moment selles journalières.

La malade se lève le vingt-troisième jour. A sa sortie le 29 août elle avait augmenté de 16 livres : elle reprit ensuite son travail de cuisinière dans une famille.

OBSERVATION IV (Zoëge-Manteuffel).

Entéro-anastomose pour un cancer de l'angle splénique du côlon.

Guérison.

On trouve cette simple mention dans les comptes-rendus de la société allemande de chirurgie, 1889, p. 68.

Mém. de M. Chaput, *loc. cit.*, observation portant le n. 10.

OBSERVATION V (Riedel-Comte).

Entéro-anastomose pour carcinôme de l'angle splénique du côlon. Mort rapide par perforation de la tumeur.

Observation seulement citée dans le mémoire de M. Chaput (observation n. 11).

J. R. Comte. *Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale* (*Revue médicale de la Suisse romande*, XII, pages 133, 189 et 261, mars, avril et mai 1892).

Dans ce mémoire, Comte rapporte qu'il a pratiqué une fois la synentérostomie ou entéro-anastomose dans les conditions suivantes :

Homme de 70 ans, ayant une obstruction intestinale absolue depuis quinze jours. La laparotomie révèle un rétrécissement très étroit au niveau de la courbure splénique du côlon. Il ne pouvait être question d'une résection intestinale, laquelle eût été d'ailleurs impossible, la partie rétrécie étant fixée en arrière par des adhérences. On se décide à établir une anastomose entre la partie inférieure de l'iléon et le côlon descendant. Bien que l'ouverture de communication eût une longueur de cinq centimètres, les symptômes d'occlusion persistèrent et le malade succomba, deux jours plus tard, à une péritonite.

Pas de perforation au niveau de l'anastomose qui était en parfait état ; les fils de suture étaient cachés dans une couche de fibrine.

L'obstacle était dû à un épithélioma cylindrique, ayant la forme d'un anneau étroit ulcéré, admettant à peine le petit doigt.

OBSERVATION VI (Chaput, Terrillon).

Entéro-anastomose en un temps pour un carcinôme du cœcum. Guérison (*Semaine médicale*, 1891, p. 332).

Communiqué à l'Académie de Médecine. Séance du 11 août 1891.

M. Chaput communique, au nom de M. Terrillon et au sien, l'observation d'un homme de 58 ans qui présentait, en mai 1891, une tumeur de la fosse iliaque, dure, douloureuse, peu mobile, ayant grossi rapidement depuis trois mois. Le malade, de teint cachectique, racontait avoir été pris, en juin 1890, de diarrhée ayant duré un mois. Plus tard, il avait été soigné pour des trou-

bles digestifs. Une forte hémorrhagie intestinale, suivie de mélœna, avait eu lieu un mois auparavant.

Le diagnostic de carcinôme du cœcum fut posé et l'intervention résolue. Le volume considérable de la tumeur, l'âge et la cachexie du malade firent repousser la résection intestinale comme trop dangereuse, et l'entéro-anastomose fut décidée.

Elle fut pratiquée le 28 mai 1891. On fit une incision médiane de 12 centimètres ; après avoir vérifié le diagnostic par une main portée dans le ventre, la dernière anse d'intestin grêle fut amenée dans la plaie médiane : même pratique pour l'S iliaque. Ces deux anses sont suturées l'une à l'autre sur une hauteur de 5 centimètres par deux étages de sutures de Lambert à points séparés, on fait alors sur chaque viscère une incision de 4 à 5 centimètres, et on suture ensuite à points séparés les deux muqueuses des lèvres postérieures de l'incision. Sur les lèvres antérieures on fait successivement la suture de muqueuses, puis deux plans séro-séreux. Des points complémentaires sont ajoutés au niveau des deux extrémités de l'incision.

Les jours suivants, le malade prit de l'opium à haute dose et des aliments liquides en quantité modérée et progressive. Le 17 juin, il rentrait chez lui complètement guéri. Actuellement, il est encore en bonne santé, quoiqu'il se plaigne de douleurs liées évidemment à la présence de sa tumeur.

OBSERVATION VII (Rutherford Morison).

A successful case of ileo-colostomy.
British medical journal, 22 avril 1893, p. 841.

R. W..., âgé de 57 ans, fabricant de couleurs, était admis à l'infirmerie royale de Newcastle, dans mon service, le 29 juillet 1891. Il se plaignait surtout de constipation et de douleurs abdominales.

Histoire du malade. — Quatorze mois auparavant, alors qu'il se tenait courbé sur un tonneau, il fut pris d'une douleur dans la partie inférieure et le côté droit du ventre, douleur qui le rendit incapable de travailler pendant le reste de la journée, mais qui disparut graduellement. Un mois après, sans cause occasionnelle évidente, la douleur revint dans le même endroit, et s'étendit, de là, en haut jusqu'à l'ombilic, en bas jusqu'au testicule : il avait aussi la sensation d'une crampe dans le talon. Cette attaque dura une semaine, pendant les trois premiers jours de laquelle il lui était impossible de rendre ni gaz ni matières, mais l'obstruction fut définitivement vaincue par des purgatifs énergiques. Il n'eut jamais de vomissements. Depuis lors il avait eu des attaques semblables de temps en temps, et il ne fut jamais pendant plus d'un mois sans en ressentir une. Depuis la première attaque, il n'avait jamais pu vider son intestin sans purgation, et avait perdu plus de six kilogs de son poids. Pendant six mois il avait été incapable de travailler en raison de cette maladie.

Etat du malade à son entrée. — Le malade était un homme blême, maigre, d'aspect déprimé. Son pouls était à 84, fort et régulier. A part l'état de son abdomen, il semblait être en bonne santé : tous ses organes étaient sains. En palpant profondément l'abdomen, à un pouce de profondeur, et à une distance de trois doigts au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, on trouvait une masse mal limitée, arrondie, d'apparence solide, reposant sur la paroi postérieure de l'abdomen. Elle était légèrement mobile en haut et en bas, et suivait les mouvements respiratoires : Bien que non douloureuse à la pression, elle causait une sensation spéciale, lorsqu'on la palpait.

Aucun de ceux de mes collègues qui virent le cas — ni moi-même — ne fut capable de porter un diagnostic définitif sur la nature de la tumeur abdominale, mais tous furent d'avis avec

moi que le cas était un de ceux qui demandent une opération exploratrice.

Opération. — Le 7 août 1891, assisté du D^r Hume, j'ouvris l'abdomen par une incision de 4 pouces dans la ligne semi-lunaire droite, et je tirai dehors la tumeur pour l'examiner. La région iléo-cœcale fut trouvée comme enroulée; la tumeur avait environ trois pouces de long, était arrondie et semblable à une grosse saucisse, de consistance ferme. D'après le caractère de la tumeur et l'aspect tordu de l'iléon à sa jonction avec le côlon, le cas fut considéré comme une intussusception chronique de la valvule iléo-cœcale. On tenta de réduire l'invagination, mais l'épaisseur des adhérences et l'hémorrhagie qui accompagna leur rupture me montrèrent que je n'avais raisonnablement pas de succès à attendre pour récompenser ma persévérance dans cette manière d'agir. Une anse de l'iléon vide et une anse du côlon ascendant furent alors tirées en dehors de la plaie, isolées avec des éponges et ouvertes chacune sur leur convexité, entre deux liens constricteurs de caoutchouc passés au travers du mésentère. Au moyen de plaques de Senu (plaques d'os décalcifiées) et d'une rangée extérieure de sutures de Lembert, je fis une anastomose entre l'iléon et le côlon ascendant, et, avant de replacer l'intestin dans l'abdomen, je tirai l'épiploon en dehors du ventre et j'en enveloppai l'intestin autour duquel je le fixai par des sutures.

Suites opératoires. — Depuis la date de l'opération jusqu'au 14 août, l'état fut bon. Le malade n'avait ni douleur ni élévation de température. Dans la soirée du 14 août la température monta subitement à 102° (F.), et bien qu'il ne souffrit pas, le malade se trouvait moins bien. Le 15 août, on enleva les sutures; un peu de pus fétide s'échappa à ce moment. Depuis ce jour il n'y eut aucun incident, et bien que faible encore, notre opéré fut renvoyé, sur sa demande, le 21 août 1891.

Pendant le premier mois qui suivit l'opération il eut une tendance à la diarrhée, mais dans la suite son intestin fonctionna régulièrement et normalement, son appétit revint, et il ne souffrit nullement de son ventre. Le 17 octobre 1891, il mourut d'une bronchite, et je dois au D^r Arnison et Augus d'avoir obtenu cette pièce.

Examen post-mortem. — Il y avait une solide et saine cicatrice sur la paroi abdominale, et quelques vieilles adhérences épiploïques dans son voisinage. L'épiploon était solidement adhérent à l'intestin et enroulé tout autour: En l'écartant on pouvait se rendre compte de l'état de la partie attirée avec lui. Une portion de l'iléon, à cinq pouces environ de sa terminaison, se voyait, réunie à la partie postérieure du colon ascendant, à environ quatre pouces de la tête du cœcum: Une fine suture à la soie solidement cachée dans des adhérences était tout ce qui restait des nombreuses sutures employées. Toute la ligne de réunion était sûre et solide. En ouvrant le colon, la fistule intestinale qui le réunit à l'iléon admettait le bout de mon pouce. Les bords étaient libres et mousses, et les matières devaient avoir passé à travers avec facilité. L'iléon, à son union normale avec le côlon, était complètement obstrué: là et dans le cœcum on voyait une large surface ulcérée et indurée. Le D^r Drummond en fit une coupe et trouva que c'était un carcinome à cellules cylindriques.

OBSERVATION VIII (Littlewood).

Iléo-sigmoïdostomie pour occlusion par néoplasme malin sur la
coudure hépatique du côlon.

(*Lancet*, 1892, vol 1, p. 864).

(Observ. n. 61 de la thèse de Magill. Paris, 1894).

G. F., âgé de 35 ans, entré à Leeds Infirmary le 17 mars 1891.
Symptômes d'occlusion intestinale, vomissements depuis trois

jours, aucune évacuation de gaz ni de matières pendant ce temps. A son entrée, son état est grave. Attaques spasmodiques de douleurs abdominales aiguës, vomissements fréquents, abdomen distendu. On voit se dessiner les intestins qui se contractent sous la paroi abdominale ; tout l'hypogastre droit est mat à la percussion. Avant son entrée, on lui avait donné de la morphine. Un peu après son entrée il a une selle ; et un lavement détermine une seconde évacuation intestinale très abondante. Le malade amélioré, sans douleurs et sans vomissements, quitte l'hôpital le 17 mars, pour rentrer le 14 août avec des symptômes d'occlusion bien marqués. Depuis sa première attaque il n'a jamais eu une parfaite santé : il a souffert de fréquents vomissements, de constipation, de douleurs survenant après les repas. Il ne pouvait travailler plus de deux ou trois jours sans interruption, et dernièrement les attaques ont augmenté de fréquence et sont devenues plus fortes. Aucune selle depuis cinq jours, pas de collapsus : température 37°, pouls 100. Abdomen distendu et sonore. Dans les parties déclives des flancs, on peut voir les mouvements fréquents des anses intestinales à travers les parois abdominales : le palper excite ces mouvements. Aucune tumeur ne peut-être sentie dans l'abdomen. Il se plaint d'une douleur grippale intermittente, s'irradiant dans tout l'abdomen : dans l'intervalle des attaques, sensation de résolution. Il a vomi plusieurs fois depuis son entrée, mais jamais de matières fécaloïdes : il n'a jamais eu d'écoulement de sang par l'anus : le toucher rectal est négatif. Un lavement de 500 grammes d'huile d'olive chaude, suivi d'un lavement simple, provoque une bonne évacuation. Le malade est un peu soulagé, mais, après consultation, on décide une opération. Le diagnostic est : rétrécissement néoplasique du côlon. Opération le 24 août. Ethérisation, incision médiane longue de 8 centimètres entre l'ombilic et le pubis sur le bord droit du muscle droit de l'abdomen. Après hémostase, ouverture de la cavité péritonéale.

L'intestin grêle est très distendu : quelques parties de l'iléon ont un diamètre de deux pouces ; le cœcum et le côlon ascendant sont également distendus, tandis que le côlon transverse, le côlon descendant et l'anse sigmoïde sont vides ; une masse néoplasique, grosse comme une orange, se trouve adhérente à la coudure hépatique du colon. M. Robson, qui assistait à l'opération, déconseillait l'ablation de la tumeur, et on se décida à anastomoser l'iléon avec l'anse sigmoïde. On attira une anse de l'iléon en dehors de la plaie, et on l'isola entre deux liens élastiques, après l'avoir vidée : une partie de l'anse sigmoïde fut traitée de la même façon. Par une incision pratiquée sur une surface convexe on inséra des plaques d'os décalcifiées, et, après quatre sutures complémentaires, on réduisait le tout dans l'abdomen, refermé, après toilette, par une suture à trois étages. Le 26 août le malade se trouve très bien : il a rendu quelques gaz, pas de vomissements, température normale, abdomen moins tendu. Le 28 août, le malade est en très bon état et a une selle. Le même jour il peut s'asseoir sur son lit. Le 4^{er} septembre, pansement : la plaie est cicatrisée, il n'y a pas de tension abdominale ; une des plaques est rendue dans la même journée ; 14 jours après l'opération le malade se levait. Il quittait l'hôpital trois semaines après l'opération et reprenait son travail de mineur le 9 octobre 1891.

OBSERVATION IX (Ashton).

Carcinôme de l'iléon. Entéro-anastomose. Guérison.

Maryland M. J. Baltimore, 1892; XXVII, 773-779.

Il nous a été impossible de nous procurer l'histoire du malade et son observation.

OBSERVATION X (Weir).

Anastomose intestinale entre l'iléon et la courbure sigmoïde pour
obstruction intestinale (néoplasme) du côlon transverse.

(*Medical record New-York*, 1892, 399).

Le malade est un homme âgé de 39 ans, qui est entré à New-York Hospital pour une hernie étranglée gauche qui fut opérée en l'absence de Weir par le Dr Albert Staward. Cure radicale par la méthode de Bassini. Les suites de l'opération furent bonnes, la réunion de la plaie se fit par première intention, et le malade quitta l'hôpital au bout de quatre semaines.

Quinze jours après, il commençait à avoir des attaques de crampes dans l'hypogastre : ces crises ne duraient pas plus d'une minute, mais étaient douloureuses. Puis survint une constipation opiniâtre. Le malade rentre à l'hôpital le 15 septembre 1891.

Le malade n'avait jamais eu de selles sanglantes, ni uriné de sang : parfois des quantités considérables de mucus avaient été remarquées dans les selles. Il avait maigri et perdu ses forces depuis l'apparition de ses crampes, bien qu'elles fussent apaisées pour un temps par un purgatif.

L'examen révéla, juste au-dessus de l'ombilic, et s'étendant au-delà de la ligne mammaire gauche, la présence d'une masse, mate à la percussion, ne suivant pas les mouvements respiratoires du diaphragme et séparée de la rate. En pratiquant la palpation de la région lombaire, la masse semblait être, ou en continuité avec le rein, ou constituée par cet organe augmenté de volume.

30 septembre. — En l'absence de Weir, le Dr Stimson fit une incision de cinq pouces le long du bord gauche du droit de l'ab-

domen, commençant à un pouce et demi du bord libre des côtes. Le péritoine pariétal fut trouvé très épaissi sur une zone de deux ou trois pouces de diamètre ; une partie du gros intestin lui était accolée. Cette adhérence détruite difficilement et avec soin, on vit une masse située au-dessous de l'intestin, et en union intime avec lui, adhérente au péritoine et à des anses d'intestin grêle.

Tout cela formait une tumeur d'un volume considérable, au-dessus de toute intervention chirurgicale, et qui paraissait être un néoplasme cancéreux.

Comme les signes d'une obstruction intestinale commençaient à apparaître, et que, étant donnée la nature de la lésion, une sténose d'un pronostic sérieux n'était pas très éloignée, il sembla convenable de faire à travers la paroi abdominale une incision au niveau du cœcum, et de fixer ce dernier dans une position telle que, lorsqu'un anus contre nature deviendrait nécessaire, il pût-être facilement et sûrement établi. L'incision exploratrice fut fermée par des sutures et la guérison se fit sans phénomènes fâcheux.

Weir trouva le patient en convalescence, lorsqu'il revint à l'hôpital en octobre 1891. Pendant le mois suivant, il eut parfois seulement des attaques de coliques et du tympanisme abdominal qui cédèrent à un laxatif. La plaie faite en prévision d'un anus contre nature se fermait peu à peu. Mais, le 1^{er} novembre, les signes d'obstruction, coliques et constipation, firent juger nécessaires une intervention. Il parut sage de le prévenir des avantages qu'il pouvait retirer d'une anastomose intestinale, tout en lui faisant observer que les risques opératoires étaient plus considérables que ceux qu'entraînait l'anus contre nature. Il fut très frappé des inconvénients résultant de l'ouverture du cœcum et se décida à subir l'entéro-anastomose.

L'opération eut lieu le 14 novembre. Une incision médiane de quatre pouces fut pratiquée de haut en bas, à partir de l'ombilic.

La courbure sigmoïde fut sortie à travers l'incision ; elle était saine, bridée seulement par quelques adhérences minces mais résistantes, dues aux accidents herniaires. Divisées entre deux sutures, elles permirent facilement à l'intestin de rester au dehors de l'incision abdominale. En explorant le cœcum avec la main, on reconnut que les adhérences qu'il avait contractées avec l'ancienne cicatrice abdominale étaient si peu étendues que l'union n'existait qu'à la moitié gauche de la cicatrice, de sorte qu'en essayant d'établir l'anus artificiel en plongeant simplement le bistouri à travers la cicatrice, les matières auraient pu s'échapper dans la cavité péritonéale à travers la plaie intestinale.

Prenant le cœcum comme point de départ, on atteignit l'iléon ; et une anse de cet intestin à environ 8 à 9 pouces de la valvule iléo-cœcale fut tirée hors de l'abdomen ; elle sembla pouvoir être facilement ajustée avec la courbure sigmoïdienne. Ces anses furent entourées de gaze iodoformée, avec laquelle on avait garni le reste de la plaie pour l'opération future.

Weir ne chercha pas à faire une anastomose plus près du siège du mal, dit-il, non seulement parce que chirurgicalement on cherche à s'éloigner autant que possible d'un néoplasme, quand il est la cause de l'obstruction et que cette cause n'est pas enlevée, mais aussi à cause du cas bien connu de Kocher, dans lequel l'ouverture du cœcum, consécutivement à une hernie gangrenée, avait mis hors d'usage le gros intestin pendant plus d'une année, au préjudice de la santé du malade.

L'idée que l'opérateur avait eue de pratiquer l'anastomose de façon à intercepter complètement tout courant de matières fécales à travers le gros intestin entre le cœcum et la courbure sigmoïde, lui sembla défectueuse en principe et ajoutait aux risques opératoires. Cette opération devait être faite en sectionnant l'intestin au-dessus et au-dessous du néoplasme, en invaginant les bouts et en fermant le tout par une double rangée de sutures de

Lembert. Les bouts de l'intestin ainsi suturés, la portion n'appartenant plus à la partie malade est suturée à son tour, et on pratique une anastomose latérale.

Dans le cas présent, l'anastomose fut réalisée facilement par une incision de quatre pouces sur chaque intestin. Deux ou trois points qui saignaient nécessitèrent une ligature. La membrane muqueuse, après l'ouverture de chaque intestin, fut accolée l'une à l'autre et suturée au bout de l'incision de façon à prévenir en cet endroit, si possible, un rétrécissement consécutif de l'orifice. L'union fut obtenue par deux rangées de sutures de Lembert continues à la soie fine, pratiquées avec une aiguille ronde de modiste. On ne se servit d'aucune rondelle ou anneau pour aider le rapprochement des ouvertures.

L'auteur expose ensuite son opinion sur les plaques de Senn et les anneaux de Abbe, qu'il accuse de mal maintenir les surfaces intestinales en contact, d'exposer à la gangrène des parois de l'intestin et de l'estomac, etc.

L'opération dura environ 40 minutes. Weir cite pour se justifier d'avoir employé la suture, la pratique des Allemands, qui font le plus souvent la gastro-entérostomie d'après l'ancienne méthode, et les résultats obtenus par Czerny, qui réalise cette opération en 30 ou 40 minutes.

Après la suture, les intestins furent lavés avec de l'eau bouillie et replacés dans la cavité abdominale dont on sutura la plaie.

La guérison se fit sans incidents. L'intestin s'évacue spontanément le cinquième jour. Les selles deviennent normales au bout de quelques jours. Et le malade quitte l'hôpital le 18 décembre, engraisant et gagnant en force. On trouvait toujours la tumeur à travers l'abdomen au-dessus de l'ombilic.

OBSERVATION XI (Boiffin).

Tumeur addominale, troubles digestifs graves ; laparotomie, ablation impossible de la tumeur cœcale, iléo-côlostomie en un temps. Guérison (Observation recueillie par M. Gourdet, interne du service).

Communication à l'Académie de Médecine, séance du
18 octobre 1892.

Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin, anus contre nature et entéro-anastomose (extrait de la Revue de chirurgie).

La nommée Le Moall, Marie, âgée de 50 ans, est entrée pour des troubles digestifs graves le 17 octobre 1892 dans le service de clinique interne de M. le professeur Hervouët.

Cette femme a été réglée à 17 ans, s'est mariée à vingt ans et a eu 10 enfants ; elle n'a jamais eu de troubles ni d'accidents du côté des organes génitaux. Ses règles se sont arrêtées depuis deux ans. Sa santé a toujours été bonne et lui a permis un rude travail jusqu'à il y a dix-sept mois ; à cette époque, elle sentit ses forces diminuer, elle s'amaigrit, puis elle ressentit de temps en temps des douleurs sourdes dans le ventre, surtout du côté droit : bientôt se manifestèrent des coliques venant surtout après les repas, et s'accompagnant de diarrhée : enfin les vomissements apparurent d'abord glaireux, puis bilieux et alimentaires, suivant irrégulièrement les repas, assez souvent le ventre devenait ballonné et douloureux.

Dès ses premiers examens, M. Hervouët constata la présence d'une tumeur dans le flanc droit, un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, et il fit le diagnostic de tumeur siégeant assez bas sur l'intestin.

Le traitement médical n'amena aucune amélioration dans la marche des accidents : l'amaigrissement augmenta, et une teinte ictérique bien nette envahit les téguments et les conjonctives.

M. Hervouët me demanda d'examiner sa malade et de voir s'il n'y avait pas lieu de proposer à cette femme une intervention chirurgicale.

Après plusieurs examens, à quelques jours d'intervalle, la tumeur étant plus ou moins facile à délimiter selon le ballonnement du ventre, j'acceptai le diagnostic de M. Hervouët et proposai de faire la laparotomie qui nous permettrait probablement, sinon d'enlever la tumeur, du moins de faire une opération palliative soulageant la malade. Celle-ci accepta immédiatement l'opération, dans l'espoir de voir diminuer les douleurs et les coliques qui étaient devenues intolérables et presque continues.

La malade passa donc le 2 novembre 1892 dans le service de la clinique chirurgicale dont j'étais chargé. Ce jour même, la malade fut purgée, et M. Gourdet, interne, fit un lavage soigneux de la paroi abdominale, qu'il recouvrit ensuite d'un pansement antiseptique humide, puis il fit un lavage vaginal au sublimé et appliqua un tampon de gaze iodoformée.

Opération le 3 novembre, avec l'assistance de mon maître le professeur Joûon, de mon ami M. Bureau, chef de clinique, et de M. Gourdet, interne : anesthésie au chloroforme par la méthode des petites doses continues décrite par Marcel Baudouin.

Les instruments ayant été passés au stérilisateur Poupinel, les tampons, compresses, soies, tubes de caoutchouc stérilisés à l'autoclave, la paroi abdominale fut savonnée à la brosse, lavée à l'alcool et au sublimé, puis recouverte sur les parties périphériques de larges compresses stérilisées. Une incision sur la ligne médiane ouvrit l'abdomen de deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. Le péritoine étant intact, l'épiploon sain recouvrait la masse intestinale. Celle-ci fut repoussée en haut et dans le flanc

gauche sous des compresses. L'intestin grêle était vidé et flasque dans la plus grande partie de son étendue, et ne contenait que peu de gaz et de liquide dans ses dernières parties : l'estomac lui-même était petit et retractoré sous les côtes : le pylore était sain.

On put alors explorer la masse morbide qui s'allongeait dans le flanc droit, remontant jusque sous le foie, adhérent à la vésicule biliaire saine d'ailleurs, et descendant dans la fosse iliaque droite. Il fallut agrandir l'incision abdominale par en bas jusqu'à quatre travers de doigt du pubis pour localiser bien exactement le siège de la tumeur peu mobile sur les plans profonds. L'intestin grêle un peu dilaté venait se perdre dans cette masse, où on ne put retrouver, ni le cœcum, ni l'appendice vermiforme. Mais comme elle se continuait en haut avec l'angle du côlon et le côlon transverse, il était bien certain que nous avions affaire à une tumeur du cœcum et côlon ascendant.

Le côlon transverse et descendant, l'S iliaque étaient complètement vides et rétractorés.

Il y avait donc un obstacle incomplet au passage des matières, et les accidents étaient dûs à cet obstacle et à l'irritation de cette partie de l'intestin par ce passage même des matières. Il nous parut rationnel d'établir une iléo-côlostomie répondant à ces deux indications ; d'ailleurs l'état de l'opéré permettait de prolonger notre intervention.

Nous choisîmes une anse d'intestin grêle à 25 centimètres environ de la tumeur, et la partie moyenne du côlon transverse ; ces deux segments d'intestin furent attirés au dehors, la plaie abdominale refermée par deux pinces en haut et en bas autant qu'il fut possible, et des compresses épaisses isolèrent les segments intestinaux de la cavité abdominale.

On passa sur chaque intestin à travers le mésentère un double tube élastique de petit diamètre, qui isola un segment de 25 cen-

timètres environ sur le petit et sur le gros intestin ; on supprima ainsi et les matières intestinales préalablement refoulées et le sang par une constriction maintenue à l'aide de pinces placées sur les chefs des ligatures.

Les deux anses furent accolées, et avant de les ouvrir je plaçai une première ligne de sutures séro-séreuses sur une longueur de 6 centimètres, j'employai la suture en surjets à points passés, décrite par Doyen, de Reims, dont la rapidité est remarquable.

J'ouvris alors sur 4 centimètres la tunique séro-musculaire des deux anses accolées, et la tunique muqueuse encore intacte formait alors le fond de cette plaie incomplète de l'intestin : j'aurais pu faire la suture muco-muqueuse de la lèvre postérieure avant d'ouvrir l'intestin ; c'est ce que je ferai désormais. Je fendis la muqueuse de chaque anse, et nettoyai minutieusement les matières muqueuses qui se trouvaient dans la cavité intestinale.

La même suture en surjet réunit les deux muqueuses de la lèvre postérieure et se continua sur la lèvre antérieure ; l'abouchement des deux intestins fut complété par une suture séro-séreuse en surjet sur la lèvre antérieure, et les deux extrémités furent soigneusement consolidées.

Les deux anses anastomosées furent lavées à l'eau bouillie, dont je me sers exclusivement pour le lavage des mains pendant l'opération ; puis les compresses isolantes furent enlevées, et l'anastomose fut replacée avec soin dans la partie moyenne de l'abdomen, en évitant toute coudure et tout tiraillement de l'intestin, enfin l'épiploon fut rabattu au-devant et au-dessous des deux anses suturées.

La paroi abdominale fut rapidement fermée par trois surjets superposés, l'un à la soie fine pour le péritoine, l'autre à la soie forte pour le plan musculo-aponévrotique, et le dernier au crin de Florence pour la peau.

L'opération avait duré une heure et demie. L'abdomen fut

recouvert de compresses simplement stérilisées, d'une forte couche de coton hydrophile stérilisé et un bandage de corps en flanelle fut modérément serré sur ce pansement purement aseptique.

Dans la soirée, la malade fut très calme, eut à peine quelques vomissements, qui déterminèrent quelques douleurs dans la suture de la paroi abdominale, très peu de coliques; elle prit du champagne et du grog, 0,10 centigrammes d'extrait thébaïque, deux piqûres de un demi centigramme de morphine. Température, 37°,4.

Dans les jours suivants, l'état général demeura très satisfaisant, les coliques et les douleurs abdominales étaient très faibles relativement à ce que la malade éprouvait avant l'opération; la constipation fut maintenue pendant six jours, et la température oscilla entre 36°,6 et 37°,1.

Le sixième jour, la malade allait à la garde-robe et demandait à manger; elle prit un peu de viande blanche, mais la diarrhée obligea de surveiller pendant quelques jours encore l'alimentation.

Le dixième jour, la suture superficielle fut enlevée, la réunion était parfaite.

Après le douzième jour, la malade prenait des potages, des œufs et de la viande, allait régulièrement à la garde-robe, éprouvant à peine quelques légères et rares coliques; la teinte ictérique a notablement diminué; les forces reviennent, et pour exprimer toute sa satisfaction, la Bretonne nous déclare que « nous l'avons rendue jeune fille ». Elle se lève pour la première fois le 21 novembre, 18 jours après l'opération.

Sept mois après, il n'y avait eu aucun accident intestinal, mais la cachexie avait fait de grands progrès.

D'après les renseignements que nous avons pu obtenir dans la suite, nous ajouterons, pour compléter cette observation, que cette femme, parfaitement remise de

l'opération, avait repris son travail sans accidents au mois de mars 1893. Elle avait repris ses forces et put continuer pendant plusieurs semaines. Au bout de quelque temps elle se sentit très fatiguée, sa santé déclina peu à peu, et elle mourut de cachexie le 3 mai 1894, hors de l'Hôtel-Dieu, sans avoir présenté de troubles intestinaux depuis l'opération.

OBSERVATION XII (Elliot).

Anastomose intestinale (avec les plaques de Senn) pour cancer du cœcum causant des accidents d'obstruction. Guérison (*Boston medic. and. surg. Journ.*, 22 mars 1894).

Homme de 60 ans, très affaibli. Laparotomie en décembre 1893, le cœcum est complètement obstrué par une masse cancéreuse ; on anastomose pour toute opération le côlon avec l'iléon. Guérison rapide.

Trois mois après, le patient est d'une bonne santé relative, pas de vomissements, pas de douleurs ; il a pris du poids, mais la tumeur cœcale a continué sa marche progressive. L'intervention ici est restée palliative, tandis que chez un homme plus jeune et plus fort l'auteur eut songé à combiner l'anastomose intestinale avec une résection de la tumeur cœcale, dans l'espoir de meilleurs résultats.

OBSERVATION XIII (Boiffin, inédite).

(Due à l'obligeance de M. Aubineau, interne du service)

Tumeur du cœcum. Iléo-colostomie.

J. Hurien, 57 ans, ménagère, entre le 7 octobre 1894 dans le service de la clinique chirurgicale. Salle 21.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Mariée depuis 27 ans, elle a eu 10 enfants. Ses couches ont été normales, sa santé est restée excellente jusqu'en janvier 1894. A cette époque elle remarque que ses selles deviennent plus rares et plus pénibles.

Il y a environ deux mois, une grosseur apparaît dans le côté droit de l'abdomen, en même temps que la constipation devient plus opiniâtre.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu (7 octobre) nous constatons ce qui suit :

L'inspection de l'abdomen ne révèle aucune saillie dans cette région. Il faut pratiquer le palper pour sentir au niveau de la fosse iliaque droite une tumeur assez dure, de forme arrondie et pas mobile. Une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic délimite assez bien l'extrémité supérieure de la tumeur. La percussion dénote dans l'étendue de la masse une matité très nette.

Le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent pas de renseignements au sujet du siège qu'occupe le néoplasme.

Pas de douleurs vraies, mais quelques coliques sourdes, apparaissant de temps à autre, plus particulièrement après l'ingestion d'aliments, et s'accompagnant de gargouillements. Ces douleurs s'irradient dans le paquet intestinal tout entier, sans localisation très nette. Les anses intestinales se dessinent nettement sous la paroi abdominale considérablement amincie, et on peut très facilement en suivre les contractions.

La constipation ne cède qu'aux lavements et aux purgatifs répétés. La malade n'a jamais eu de selles sanglantes.

L'amaigrissement est considérable, l'aspect cachectique.

La température, prise régulièrement depuis le jour de l'entrée, soir et matin, présente de fréquentes ascensions vespérales. Le 11 et le 12 octobre au soir, le thermomètre marque 38°,8. Les

selles sont très pénibles; la malade a de nombreuses éructations.

L'alimentation se réduit à des potages et à du lait (un litre 1/2 par 24 heures).

Le 22 octobre. — Les phénomènes cliniques étant les mêmes, l'état général de la malade permet de décider une intervention qui est fixée au 25.

Le 23 octobre. — On administre à la malade 30 grammes d'huile de ricin à doses fractionnées (une cuillerée à café tous les 1/4 d'heure). Régime lacté exclusif.

Le 24. — Régime lacté, lavement dans la soirée.

Opération le 25 octobre. — L'opération est pratiquée par M. le Dr Boiffin, avec l'assistance de M. Vignard.

Une incision médiane permet de reconnaître facilement les lésions, une tumeur considérable siège dans la région iléo-cœcale, immobile, très dure, remontant à une certaine distance sur l'intestin grêle et le côlon ascendant. Des anses intestinales sont englobées dans la masse ou accolées à sa surface. L'intestin grêle au-dessus du néoplasme présente une dilatation énorme : le côlon ascendant au-dessous de la tumeur et le gros intestin dans son entier est rétracté, comme atrophié, vide.

On pratique l'entéro-anastomose latérale simple entre une anse d'intestin grêle à quelque distance du néoplasme et le côlon ascendant.

L'anse grêle est remplie de matières fécales agglomérées et dures que l'on chasse facilement par la pression des doigts de la portion choisie pour l'anastomose. Deux ligatures de caoutchouc passées à travers le mésentère isolèrent environ 25 centimètres d'intestin sur chaque anse. Les deux portions, tenues soigneusement accolées l'une à l'autre, furent réunies tout d'abord par une suture, séro-séreuse en surjet, et l'intestin ouvert par une incision longitudinale, sur une longueur d'environ 5 centimètres. Après avoir soigneusement nettoyé la cavité de l'intestin, une

suture muco-muqueuse réunit les deux lèvres postérieures de l'incision, et se continua sur les lèvres antérieures. Une suture séro-séreuse compléta l'union des deux anses et les angles de la plaie furent soigneusement consolidés. La région opératoire fut enveloppée dans l'épiploon, fixé par deux points de suture, et le tout rentré dans l'abdomen.

Suites opératoires. — L'état général est très satisfaisant le soir de l'opération. Température 37°,3.

Le lendemain, la malade rend quelques gaz par l'anus. Pendant quarante-huit heures la malade ne prend que quelques cuillerées de champagne glacé et de lait. Extrait thébaïque, 10 centigrammes par jour.

Le 28 octobre. — La malade prend un peu de tapioca. Elle souffre encore de coliques peu intenses, mais les oscillations de température que l'on avait observées précédemment continuent à se produire. Pendant quinze jours environ la température du soir varie entre 37°,8 et 38°,4. Cependant l'état général est meilleur, les souffrances moins vives; les selles ne sont pas douloureuses. Mais après une bonne période de quinze jours environ, l'appétit qui était devenu meilleur diminue; la malade a des insomnies; la fièvre apparaît chaque soir, et, trois semaines après l'opération la plaie abdominale se rouvre presque en entier, laissant échapper un abondant écoulement de sang d'abord, puis de pus.

A l'heure actuelle (janvier 1895), cette suppuration persiste encore, mais beaucoup moins abondante. La plaie abdominale très diminuée a tendance à la guérison, retardée par des recrudescences d'écoulements subits. Cependant son état général est très bon: l'opérée se lève et marche, mange assez bien. Elle présente encore des périodes de constipation, mais non douloureuses, et facilement vaincues par les laxatifs et les lavements.

OBSERVATION XIV (Boiffin) (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Thébaud, interne du service).

Cancer du cœcum. Iléo-colostomie.

F... J..., âgé de 59 ans, cultivateur, entre le 27 novembre 1894 à l'Hôtel-Dieu, salle 11, dans le service de M. Boiffin ; il est malade depuis six semaines environ. Au début, pendant une période de quinze jours à trois semaines, il a éprouvé un malaise général, sans se rendre exactement compte de ce qu'il ressentait. Ce qui dominait cependant, c'était quelques troubles gastro-intestinaux mal définis, se traduisant par le manque d'appétit et un dégoût absolu pour la nourriture. Pour tout aliment il ne prenait que du lait, surtout du lait de beurre, qui lui semblait plus agréable. Malgré cet état de malaise il continuait à travailler.

Pendant les trois semaines qui ont précédé l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, l'état morbide s'est accentué, les troubles ont augmenté d'intensité, et il a dû cesser de travailler. L'appétit a disparu complètement, ses forces ont diminué : il s'est amaigri de 3 kilogrammes. Des coliques, revenant par crises, apparaissaient à intervalles rapprochés, jour et nuit, et duraient plusieurs heures, parfois la nuit toute entière. Les douleurs s'irradiaient dans tout l'abdomen, toutefois avec plus d'acuité en certains points d'ailleurs variables. Le malade souffrait, c'est son expression, « à en perdre connaissance ».

Ces coliques n'étaient presque jamais suivies de selles ; seuls les purgatifs amenaient quelques évacuations.

C'est en face de cet état grave et des troubles toujours croissants que son médecin habituel, le Dr Raimbaud, lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Le malade est dans un état voisin de la cachexie et présente des

symptômes en tout semblables à ceux déjà signalés, c'est-à-dire avec des crises d'obstruction intestinale et une constipation opiniâtre. La palpation de l'abdomen détermine une augmentation de la douleur, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, occupée par une masse assez facile à délimiter.

Pas d'antécédents héréditaires.

Opération le 30 novembre. — Incision médiane, qui permet de reconnaître une tumeur immobilisée dans la fosse iliaque droite occupant le cœcum et la terminaison de l'intestin grêle. Les anses intestinales au-dessous de la tumeur sont très distendues, le côlon rétracté et presque vide.

Entéro-anastomose latérale simple, par le procédé ordinaire de la suture. Suture séro-séreuse en surjet des séreuses, après isolement préalable de deux portions d'intestins entre deux liens élastiques, ouverture de l'intestin et suture muco-muqueuse des lèvres de l'incision. Après avoir enveloppé l'intestin dans le péritoine, le tout est rentré dans la cavité abdominale.

Suites opératoires excellentes. Pendant sept jours on tient le malade constipé, en lui administrant 10 centigrammes d'extrait thébaïque par vingt-quatre heures. Le huitième jour, une émulsion d'huile de ricin (40 grammes) évacua son intestin.

Les fils sont enlevés le douzième jour. Le malade se lève le quinzième et part 21 jours après l'opération.

Depuis le huitième jour, époque jusqu'à laquelle il n'avait pris que du champagne, du lait et du bouillon, sa nourriture consistait en potages, lait et grogs, mais le malade ne se sentait pas encore assez d'appétit pour manger de la viande. La constipation a cédé, mais revient de temps à autre et cède facilement à un verre d'eau de sedlitz. Le malade ressent encore de temps en temps quelques coliques, mais ce ne sont plus des souffrances épouvantables, fréquentes et longues, comme celles qu'il éprouvait avant l'opération : les crises sont légères et courtes et s'ac-

compagnent d'évacuations ou d'émission de gaz, qui en marquent la fin.

L'état général a continué à s'améliorer depuis son départ.

OBSERVATION XV (Riedel-Comte).

Entéro-anastomose pour tuberculose de l'intestin. Guérison. Quinze mois après l'opération la santé est encore excellente.

Cette observation, qui porte le n° 12 dans le mémoire de M. Chaput, est seulement mentionnée dans le Mémoire de Comte (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890, n° 6).

TABLEAU N° 2.

Rétrécissements simples de l'intestin.

N°	Dates	Publications	Chirurgiens	Diagnostic	Opérations	Résultats
16	17 août 1889.	New-York medic. journ., p. 673, 20 déc. 1890.	Th. Russel.	Invagin. chronique de l'intestin grêle.	Jejuno - iléosto- mie.	Guérison.
17	28 mars 1890.	Bullet. Soc. chir., 4 mars 1891. Arch. prov. chir., 1892.	Boiffn.	Rétréciss. du côlon ascendant suite d'invag. chronique.	Entéro - colosto- mie.	id.
18	17 décembre 1890.	Boston medic. and Surg. journ., 1891, T. 125, p. 448.	Homans.	Rétréciss. de l'iléon, suite d'invag. chronique.	Iléo-iléostomie.	id.
19		New - York, journ. gynœc. and obstetr., 1892, 46.	Currier.			id.
20	16 novembre 1893.	Citée seul. sans indicat. bibliogr. dans la thèse de Tardif, 1894.	Cordier.	Rétréciss. cicatric. de l'iléon.	Entéro-entérosto- mie.	id.
21	2 août 1894.	Inédite.	Boiffn.	Péritryphlite ulcéreuse chronique, rétréciss. cicatriciel de l'intestin grêle et du cœcum.	Iléo-colostomie.	id.

OBSERVATION XVI (T. H. Russel).

New-York medical journal, 1890, vol. 52, p. 673.

Thèse Magill, 1894, Paris

(Observat. n. 16, du mém. de M. Chaput).

Jéjuno-iléostomie pour rétrécissement. Guérison.

Malade âgé de 15 ans, garçon de ferme; santé générale forte et bonne jusqu'au 2 octobre 1888. Dernièrement, au moment où il faisait un effort, il fut saisi d'une douleur aiguë dans l'abdomen, douleur suivie rapidement de vomissements très forts; constipation opiniâtre pendant cinq jours. Les cinquième et sixième jours évacuations intestinales: les vomissements deviennent moins forts. Pendant quelques semaines, les évacuations intestinales devinrent moins fréquentes, les douleurs intermittentes, mais fortes, et la constipation se changea en diarrhée. Vers le 1^{er} novembre, on remarquait une masse charnue et molle dans les selles.

Pendant les dix mois qui précédèrent ma visite — 16 août 1889 — et l'opération, le malade, presque continuellement alité, eut de temps en temps des attaques de vomissements, allait à la selle de trois à sept fois par jour et rendait des matières liquides légèrement colorées, mais sans aucune trace de sang. L'abdomen était distendu et tympanique, la langue sale et l'appétit mauvais. Il maigrissait, avait des sueurs nocturnes, mais pas d'élévation de température. Pendant ces dix mois, il souffrait d'attaques très violentes de douleurs abdominales, à intervalles de 20 à 40 minutes, nuit et jour: ces douleurs avaient une durée de trois à cinq minutes. Chacune de ces crises douloureuses était précédée de violentes contractions péristaltiques, si bien que les anses intestinales devenaient visibles au travers de la paroi abdominale. La douleur violente se faisait sentir lorsque les contractions péristaltiques

avaient persisté pendant une ou deux minutes, et cessait brusquement au moment où trois ou quatre minutes plus tard, on entendait un fort bruit, comme si on poussait avec force un gaz ou un liquide à travers un étroit orifice. Aussitôt la douleur et les contractions péristaltiques cessaient ; et le malade éprouvait une sensation de bien-être. La douleur siégeait quelquefois au-dessus de l'ombilic, quelquefois au-dessous, à droite ou à gauche, ne semblant fixée à aucun endroit particulier. Les symptômes s'aggravaient, et à une première visite, je pus observer plusieurs de ces attaques, attribuées et dues en effet, comme la laparotomie le démontra le jour suivant, à une occlusion intestinale à peu près complète.

Opération le 17 août 1889. — Incision de l'ombilic au pubis. Dans l'impossibilité de trouver l'occlusion, on sortit tout l'intestin grêle au dehors de l'abdomen et on l'entoura de compresses chaudes sorties d'une solution de Thiersch. On trouva le siège de l'occlusion vers l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'intestin grêle. Tout l'intestin au-dessus du rétrécissement était plein, toute la partie située au-dessous était vide. Le rétrécissement était manifestement ancien, et on se décida à faire une anastomose intestinale par la méthode de Senn.

Une incision linéaire, longue de 4 centimètres au-dessus du rétrécissement, permit l'évacuation du contenu de l'intestin, c'est-à-dire d'un litre environ de matières fécales jaunâtres et liquides et de gaz en quantité considérable. Par cette incision on introduisit une des plaques de Senn, et par une autre incision pratiquée au-dessous du siège de l'occlusion on introduisit l'autre plaque ; apposition des plaques, après scarification des surfaces sereuses ; douze points de suture de Lembert complémentaires ; nettoyage de l'intestin, lavage de l'abdomen avec une solution de Thiersch chaude, fermeture de l'abdomen. Guérison rapide, parfaite et durable. La température prise toutes les deux à quatre heu-

res ne dépassa jamais la normale : une seule fois elle atteignit 38°, et tomba aussitôt. Le malade pouvait s'asseoir le dixième jour, descendait les escaliers le seizième ou le dix-huitième jour. Une selle normale et abondante se produisit le cinquième jour après l'opération, les évacuations intestinales furent régulières ensuite. On examina toutes les selles pour trouver les traces des plaques. Le neuvième jour on trouva les restes d'une plaque osseuse réduite au quart de son épaisseur, à la moitié de sa largeur et aux deux tiers de sa longueur et très ramollie. Quelques jours plus tard, quelques petits débris de l'autre plaque furent évacués. Le malade reprit rapidement ses forces, et quinze mois après l'opération il jouit d'une bonne santé et fait tout son travail ordinaire.

OBSERVATION XVII (Boiffin).

Rétrécissement du côlon ascendant, probablement consécutif à une ancienne invagination iléo-cœcale. Abscess du petit bassin ouvert à la fois dans l'intestin et dans la vessie. Laparotomie. Entéro-colostomie. Guérison.

Boiffin. *Bull. Soc. Chirurg.*, 4 mars 1891, et *Traité chirurgic. de l'invagination intestinale chronique* (*Arch. prov. de chirurgie*).

Je fus appelé le 20 mars 1890 auprès de M. M. Aug., âgé de 28 ans, pour des troubles intestinaux graves accompagnés de cystite purulente.

Les antécédents pathologiques remontent à son enfance, Il raconte que vers l'âge de deux ou trois ans, il fut pris au milieu d'une nuit de douleurs très violentes dans le ventre, avec ballonnement, vomissements. Cet état dura quelques jours avec de véritables crises pendant lesquelles ses parents étaient obligés de le secouer, de le renverser pour lui procurer quelque soulage-

ment, et chaque crise se terminait par une abondante émission de gaz, puis de matières par l'anus.

Dans les années suivantes, cet enfant fut toujours malade et exposé à des coliques fréquentes.

En juin 1877, les accidents abdominaux devinrent graves et constituèrent même le syndrome de l'occlusion intestinale. La disparition de ces accidents se fit spontanément ; mais le retour complet à la santé fut très lent, la convalescence dura trois mois, sans que les coliques disparussent complètement. Six mois après, nouvelle crise qui se termina de la même façon, et laissa, après deux mois de convalescence, le malade fort amaigri.

De 1878 à 1881, les coliques revenaient irrégulièrement, l'obligeant tous les deux mois à garder le lit une huitaine de jours. A partir de 1882, les troubles intestinaux, coliques, alternatives de diarrhée et de constipation, s'aggravèrent progressivement, et en 1889 ils furent continus, le maximum de la douleur étant toujours localisé dans la région iliaque droite. Au mois de novembre 1889, il y eut de l'obstruction intestinale pour laquelle le médecin ordinaire, M. le Dr Rabgeau, appela en consultation M. le Dr Farge (d'Angers), qui constata les signes d'une pérityphtite : grâce à la médication, les phénomènes se calmèrent et les matières reprirent leur cours. Mais la tuméfaction iliaque droite persista avec une sensibilité excessive et une fièvre vésicale presque régulière. Le malade dut s'aliter complètement le 6 janvier 1890, et peu de jours après il fut pris de symptômes de cystite aiguë ; puis il s'aperçut de la présence d'une grande quantité de pus dans les urines. Quelques semaines après, survint une abondante évacuation de pus par l'anus.

La situation s'aggrava de plus en plus, au point de devenir désespérée : l'alimentation ne consistait plus que dans du lait et du bouillon, toute autre nourriture déterminant des coliques atroces ; le sommeil était à peu près impossible tant la miction

était fréquente et douloureuse ; l'urine contenait 400 à 500 grammes d'un pus verdâtre, visqueux, dans les 24 heures ; assez souvent la sortie de l'urine s'accompagnait du passage de gaz et de matières fécales liquides.

Le malade était arrivé à un degré d'émaciation extrême, quand je le vis pour la première fois, le 20 mars 1890, avec M. le Dr Rabgeau.

L'examen permit d'abord de préciser que c'était toujours environ quatre heures après chaque repas qu'apparaissaient les coliques, les douleurs de ventre, et que à ce moment l'intestin se contractait violemment en dessinant sous la paroi abdominale amaigrie des sinuosités qui se déplaçaient.

La palpation de la fosse iliaque droite faisait facilement reconnaître la présence d'une tumeur dure, bosselée, allongée dans le sens du côlon ascendant, et mesurant de 10 à 12 centimètres environ de longueur, sur quatre de diamètre, gardant une mobilité assez limitée sur la fosse iliaque ; le reste de l'abdomen était souple, sonore, moins sensible que cette région.

Le toucher rectal révéla la présence d'une autre tuméfaction très volumineuse, située entre le rectum et la vessie, remplissant en grande partie le petit bassin, et présentant une très vive douleur à la pression, mais aucune trace de fluctuation.

Les reins, les autres organes de la respiration et de la circulation parurent sains.

Devant l'ensemble de ces symptômes, je portai le diagnostic de rétrécissement de l'intestin, siégeant au niveau du cœcum, ou du côlon ascendant ; abcès développé par l'arrêt des matières au-dessus du rétrécissement, abcès s'étant ouvert dans la vessie puis dans le rectum et constituant dans le petit bassin une fistule vésico-rectale avec cavité purulente intermédiaire. Comme une terminaison fatale était inévitable et à brève échéance, je proposai, malgré l'état très grave du malade, de faire la laparotomie,

de pratiquer l'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin au-dessous du rétrécissement avec ou sans résection de la partie malade ; puis de drainer la poche purulente pelvienne.

Le malade accepte avec empressement l'opération, qui devait d'une façon ou d'une autre le débarrasser de ses souffrances devenues intolérables.

Opération. — On le transporta à Nantes, dans la maison de Santé des Sœurs Oblates, et, après les précautions ordinaires, le 28 mars 1890, je fis la laparotomie avec l'assistance de MM. les D^{rs} Joüon, Ollive, Porson, Rabgeau.

Les instruments avaient été passés au stérilisateur Poupinel ; les tampons hydrophiles, la soie, les compresses, les tubes de caoutchouc stérilisés à l'autoclave, la paroi abdominale fut lavée, brossée, aseptisée.

Je pratiquai une incision de 25 centimètres sur le bord externe du droit de l'abdomen, incision longue, car j'estime que dans la laparotomie faite pour l'occlusion intestinale il faut ouvrir largement le ventre pour y regarder facilement et y manœuvrer à l'aise ; je mis ainsi immédiatement à découvert dans toute sa longueur la tumeur de la fosse iliaque droite.

Cette tumeur avait l'aspect d'un gros cylindre, fibreux, irrégulier, facilement isolable des parties voisines de l'intestin grêle ; elle occupait la place du cœcum et du côlon ascendant dont on ne reconnaissait plus les caractères ordinaires ; on ne retrouvait plus d'appendice iléo-cœcal, et cette masse fibreuse cylindrique se continuait en bas et en dedans directement avec une anse d'intestin grêle très dilatée, à parois très épaisses, tandis qu'en haut elle se continuait aussi directement avec le colon ascendant petit, rétracté et vide.

Cette masse était constituée par des parois extrêmement épaisses, presque rigides, d'aspect scléreux, sur une étendue d'environ 40 centimètres. Ce cylindre, qui n'était autre que le cœcum et la

partie inférieure du colon ascendant profondément transformés et probablement avec un bout d'intestin grêle, ce cylindre, dis-je, était rattaché à la fosse iliaque par le péritoine qui reprenait ses caractères de chaque côté, laissant un peu de mobilité à la masse.

Les dernières circonvolutions de l'intestin grêle étaient dilatées et présentaient à peu près le volume du poignet.

Etant admise la nature bénigne de la transformation constituant le rétrécissement intestinal, je jugeai inutile de prolonger la durée de l'opération en réséquant cette partie de l'intestin, et je décidai d'aboucher l'intestin grêle dans le côlon transverse, je choisis une anse distante d'environ 20 centimètres du rétrécissement, et un point du côlon à distance à peu près égale. Je refoulai les matières dans le bout supérieur de l'intestin grêle et je passai un petit tube de caoutchouc à travers le mésentère à quelques centimètres au-dessus du point à ouvrir; je le serrai autour de l'intestin et le maintins avec une pince. De même, je refoulai vers le rectum le peu de contenu du côlon transverse et plaçai un lien de caoutchouc maintenu serré par une pince, au-dessous du point à ouvrir.

Je fis, sans être incommodé par aucun écoulement, une fente longitudinale de 6 centimètres sur chaque segment intestinal, mais bien qu'on lui eût donné très peu de chloroforme par la méthode des petites doses décrite par mon ami Marcel Baudouin, le malade était d'une faiblesse extrême: il fallait terminer rapidement notre intervention, et pour adosser les bords de chacune de ces fentes aux bords correspondants de l'autre, je dus me contenter de placer un seul plan de sutures séro-musculaires; vingt points de Lembert à la soie fine assurèrent cet abouchement.

Cela fait, je remis en place dans l'abdomen les différentes parties de l'intestin, en prenant soin d'éviter tout tiraillement des sutures et toute coudure brusque de l'intestin; puis l'épiploon fut rabattu au devant du paquet intestinal.

Je cherchai alors à exécuter la seconde partie du plan opératoire, c'est-à-dire à trouver la collection purulente du petit bassin et à la drainer. Je fis cette recherche par la voie extra-péritonéale ; pour cela je décollai le péritoine de la partie inférieure et interne de la fosse iliaque droite, puis de la paroi latérale du petit bassin. Je trouvai entre la vessie et le rectum, au-dessus de la prostate, une masse du volume du poing, de consistance dure, sans fluctuation.

Je plongeai une grosse aiguille de l'aspirateur Dieulafoy, à quatre reprises dans des directions différentes, dans cette masse pelvienne, sans que l'aspiration pût ramener la moindre goutte de liquide : le fonctionnement de l'appareil avait été vérifié immédiatement avant.

Je dus abandonner cette recherche, étant donnée la faiblesse du malade, et l'opération durant depuis une heure et quart déjà.

Je fermai la paroi abdominale par une suture à trois étages, et j'appliquai un pansement à la gaze iodoformée stérilisée au bain-marie, à l'ouate hydrophile, sous un bandage de corps en flanelle.

Suites. — Les suites de cette opération furent extrêmement simples. Dans la soirée, il y eut une légère dépression des forces, mais pas de vomissements, pas de douleurs de ventre, pas de coliques, T. 36° 8. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les urines retirées par la sonde ne contenaient plus de pus, mais une certaine quantité de sang. Diète : grog, bouillon, champagne glacés.

Le 29 mars. — Même régime : ni vomissements, ni coliques ; les urines abondantes ont le même caractère que la veille. Tempér. 37°, 2 : soir, 37° 8.

Le 30 mars — Le malade prend davantage de bouillon, de champagne et de plus du lait : à peine a-t-il quelques coliques légères, le ventre reste souple et indolore.

Dans les jours suivants, la température restant normale, l'état général s'améliorant rapidement, les mictions se faisaient normalement 4 à 5 fois dans la journée, 2 à 3 fois dans la nuit, quand le cinquième jour apparut une assez grande quantité de pus dans les urines et cette évacuation continua les jours suivants.

Les fils de la suture superficielle furent retirés le neuvième jour : la réunion était complète.

Progressivement, l'alimentation put se faire avec des potages, des hachis de viande, des œufs, sans inconvénients.

Le malade se leva le trentième jour, encore bien amaigri et bien faible ; néanmoins, quinze jours après, il put retourner dans son pays.

Je le revis 8 semaines après, il avait complètement changé de physionomie ; son visage était fortement coloré, et plein de vie ; son poids avait augmenté de 12 livres. Les digestions se faisaient très bien, sans coliques ; et le pus avait presque complètement disparu des urines ; la miction n'était plus douloureuse.

Ce jeune homme revint me voir le 15 juin 1891 ; c'était un garçon bien portant, à la démarche vigoureuse, d'un embonpoint bien développé, et déclarant n'avoir jamais eu une aussi belle santé : il n'avait plus ni coliques, ni pus dans les urines, et l'alimentation n'exigeait aucune précaution.

Cet état d'excellente santé permit à M. M..., de reprendre ses occupations : il fit des voyages assez fatigants ; il alla à la chasse, éprouva ainsi des fatigues, des refroidissements, sans en éprouver la moindre gêne.

En décembre 1891, apparut une épidémie de grippe dans la localité, et dans les premiers jours M. M..., se sentit pris de malaise général, de courbature ; il voulut se traiter énergiquement, et prit une assez grande quantité de vin rouge chaud dans une journée. Malgré cela, il éprouva tous les symptômes de l'influenza, et de plus, dans les jours suivants, il ressentit de nou-

veau des douleurs dans le petit bassin : bientôt il eut des coliques, de la constipation, du météorisme, et, après une crise de douleurs du pus apparut dans les urines. L'accès pelvien s'était reformé sous l'influence de la grippe et s'était ouvert encore dans la vessie.

Quelques semaines plus tard, après bien des péripéties, la communication avec le rectum se fit, et ajouta le ténesme rectal aux douleurs vésicales.

Lentement le calme se rétablit ; le pus disparut des urines, et vers le mois d'avril, ces troubles avaient complètement cessé. Je revis le malade en juillet 1892 ; il avait repris ses occupations presque complètement et il commençait à reprendre de l'embonpoint.

Cette observation, en plus de l'intérêt des détails, en présente un plus considérable par ce fait qu'elle est complète, le malade ayant été presque régulièrement suivi depuis l'opération jusqu'à l'heure actuelle. Nous avons pu, il y a quelques jours, en décembre dernier, revoir ce malade. Après avoir eu depuis 1892, quelques troubles digestifs de peu d'importance, il est actuellement dans un état de santé très satisfaisant. Les périodes de malaise se sont peu à peu éloignées et sont devenues moins longues, et le malade peut se livrer aujourd'hui à toutes ses occupations habituelles.

OBSERVATION XVIII (Homans.)

Iléo-iléostomie pour rétrécissement de l'intestin.

Boston medic. and. surg. Journal, 1891, vol. 125, p. 448.

Thèse Magill. Paris, 1894.

Florence B... n'a jamais été d'une santé robuste. Elle est âgée de 10 ans. Pendant les cinq années dernières, elle a eu plusieurs attaques graves de bronchite, et pendant cette période, a souffert, à peu près tous les deux ou trois mois, d'attaques subites de douleurs très violentes dans les intestins, douleurs qui persistaient de 10 à 30 minutes. La maladie actuelle débuta le 22 juillet 1890. Je fus appelé en toute hâte auprès d'elle : elle était presque dans le collapsus, et en proie à une douleur intestinale intense, accompagnée de vomissements. On découvrit une tumeur en forme de boudin dans la région iliaque gauche et on soupçonna une invagination. Des lavements d'huile d'olive et de glycérine administrés pendant deux jours restèrent sans résultats : le troisième jour, une purgation au calomel amena une évacuation en masse au bout de quelques heures. La tumeur en boudin avait disparu : la malade pouvait sortir, mais restait un peu abattue.

Le 10 août. — Deuxième attaque de douleurs intestinales, accompagnée de bronchite aiguë.

Le 4 octobre. — Troisième attaque de douleurs intestinales, qui persista pendant une heure. Le 6 octobre, réapparition de la douleur, accompagnée de vomissements. Purgation de calomel et d'huile de ricin, lavement de glycérine et d'eau, évacuation intestinale peu abondante.

Le 14 octobre. — Douleurs et vomissements plus intenses que jamais, les intestins forment des anses dures et facilement perceptibles à travers la paroi abdominale : injection hypodermique

de morphine. Le 15 octobre, on remarqua une tumeur de forme irrégulière en travers de l'abdomen, au niveau de l'ombilic. Du 15 octobre au 1^{er} novembre, alimentation presque exclusivement par le rectum. Après plusieurs consultations, on essaya d'administrer par la voie buccale des purgatifs que la malade rejetait aussitôt en vomissant.

Le 20 octobre. — Elle eut deux selles très peu abondantes. Le 4 novembre, appelé d'urgence, je trouvai la petite malade dans un état de souffrance extrême, en position génu-pectorale sur son lit et faisant tous ses efforts pour déféquer. En l'examinant je vis, à demi-sortie de l'anus, une portion d'intestin sphacélé que je retirai par de douces tractions. La masse, d'une odeur caractéristique de tissu sphacélé, mesurait presque un mètre d'étendue, mais quelques parties n'étaient plus que des filaments, et la longueur réelle de l'intestin perdu n'était probablement que de cinquante centimètres. La malade se trouva soulagée par cette évacuation, et pendant quatre jours elle put prendre des aliments solides sans vomissements ; on supprima la morphine ; mais le 8 novembre, quatre jours plus tard, elle recommença à vomir, et la douleur abdominale reparut, avec les paquets durs d'intestin. On recommença les injections de morphine et l'alimentation par la voie rectale. Les lavements purgatifs d'huile de ricin, de calomel et d'huile d'olive restèrent inefficaces. La malade n'avait aucune évacuation intestinale et continuait à ne rien pouvoir garder dans l'estomac. Injection de morphine toutes les 3 ou 4 heures. Amaigrissement progressif.

Diagnostic. — Rétrécissement, suite de sphacèle de l'intestin. L'opération fut proposée, mais ne fut agréée par les parents qu'au dernier moment, le D^r Homans fut appelé pour opérer.

Le 27 décembre 1890. — La malade étant extrêmement amaigrée, on fit entre l'ombilic et le pubis une première incision que l'on agrandit dans la suite en haut. Il s'échappa une petite quan

tité de liquide ascitique. Le cœcum, le côlon ascendant et une partie du côlon transverse étaient remplis de matières fécales et des matières de l'alimentation rectale.

Le cœcum était à peu près de la grosseur de l'avant-bras d'un homme. On le sortit de l'abdomen pour avoir de l'espace, et on suivit l'intestin grêle jusqu'au duodénum, pour rétrograder ensuite jusqu'au cœcum. L'obstruction se trouvait à la partie supérieure de l'iléon, point où l'intestin semblait sectionné jusqu'au mésentère. Il n'existait à cet endroit aucune continuité de l'intestin autre que l'insertion du mésentère et un petit cordon analogue à celui qui se trouve entre deux saucisses. Les anses, dans cette région, étaient légèrement adhérentes. Avec l'assistance d'un aide, on comprima l'intestin au-dessus et au-dessous de l'endroit choisi pour l'insertion des plaques et on fit l'anastomose de Senn, avec quelques sutures des surfaces péritonéales autour. L'abdomen fut lavé avec de l'eau chaude et fermé. Pansement à la gaze iodoformée et coton hydrophile. Bandage de corps.

Pendant l'opération, beaucoup de gaz et de matières blanches, pultacées, très fétides, s'échappaient par l'anus. A la fin de l'opération la malade avait un pouls à peine sensible et ne se remit qu'avec beaucoup de lenteur. Réapparition d'une douleur abdominale au bout de deux heures. La malade urine seule huit heures après l'opération.

1^{er} janvier. — Cinquième jour après l'opération. — A plusieurs reprises, évacuation de gaz par le rectum.

2 janvier. — Selle à la suite de l'administration d'un purgatif.

3 janvier. — Trois selles spontanées, et depuis ce moment selles régulières une ou deux fois par jour. Masses couleur d'argile jusqu'au 30 janvier, époque à laquelle les selles deviennent normales comme couleur et comme quantité.

Mais pendant ce temps, la douleur abdominale persistait et la malade vomissait de temps en temps. Les lavements nutritifs de

lait peptonisé, de cognac et de koumys furent cessés petit à petit, et vers le 15 janvier, la malade commençait à prendre des aliments solides. Mais la persistance de la douleur et quelques vomissements ne permirent de cesser les piqûres que six semaines après l'opération. Malgré une bonne alimentation, la malade restait très cachectique et ne commençait à engraisser qu'à la fin de février; malgré son appétit dévorant depuis longtemps, ses aliments ne semblaient donner aucun bon résultat. Pendant sa maladie, ses jambes s'étaient ankylosées à un tel degré sur les cuisses qu'il fallut plusieurs semaines d'efforts continus pour vaincre l'ankylose. Les plaques d'os furent probablement complètement digérées, car on n'en a jamais trouvé trace dans les selles.

La petite fille se porte actuellement (novembre 1891) très bien, et pèse 60 livres : il n'existe plus de troubles intestinaux.

OBSERVATION XIX (Currier).

Un cas d'anastomose intestinale pour rétrécissement pratiquée à l'aide des plaques de pomme de terre de Dawbarn. Guérison.

New-York Journ. gynœc. and obstetr., 1892. n. 46.

Il nous a été impossible de nous procurer l'article.

OBSERVATION XX (Cordier).

Entéro-anastomose à l'aide du bouton de Murphy, pour un rétrécissement cicatriciel de l'iléon. Guérison.

On trouve cette simple mention sans indications bibliographiques dans la thèse de Tardif, 1894.

OBSERVATION XXI (Boiffin) (Inédite).

Entéro-anastomose pour rétrécissement cicatriciel de l'intestin grêle
et du cœcum.

M^{lle} A. Vinc..., âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires, est entrée le 12 juillet 1893, à la clinique des Sœurs de l'Espérance, pour une affection abdominale dont le début remontait à l'année 1887.

La malade nous dit qu'à cette époque elle avait commencé à ressentir des douleurs au niveau du creux épigastrique ; ces douleurs s'étendaient bientôt à tout le ventre, duraient quelques heures et parfois plusieurs jours, et ne se terminaient qu'après d'abondants vomissements. Ces crises se répétaient à intervalle variable : plusieurs médecins consultés successivement considérèrent ces troubles comme dus à une simple gastralgie. Mais les différents traitements n'empêchèrent pas les crises de devenir plus fréquentes et plus intenses dans l'année 1892, à la fin de laquelle la malade dut garder complètement le lit. Malgré le repos elle poussait des cris épouvantables. Un autre médecin fit le diagnostic de coliques hépatiques, cette crise dura une quinzaine de jours.

Cinq mois se passèrent tant bien que mal : le 3 mai 1893, ayant fait une longue course quelques heures auparavant, elle fut reprise de douleurs atroces lui arrachant des cris, et s'accompagnant de vomissements suivis de quelque répit bien court, le traitement consista alors en une purgation chaque jour, et comme aliments, de champagne en boisson et en lavements. Le 11 mai après une nuit épouvantable, le médecin déclara que la maladie de foie se compliquait de péritonite, et on demanda alors le Dr Porson en consultation. Ces accidents, s'étant manifestés au

moment des règles, tout le ventre étant ballonné et extrêmement douloureux, difficile à explorer, le D^r Porson pensa à des lésions de l'utérus et de ses annexes sans pouvoir préciser le diagnostic. Il fit cesser les purgations répétées, et ordonna des calmants, des injections de morphine, des lavements laudanisés. Quelques jours après, cette crise était terminée, et la malade était transportée chez les Sœurs de l'Espérance le 12 juillet 1893.

A ce moment, l'examen du ventre était encore assez difficile, néanmoins, nous pûmes constater une tuméfaction volumineuse occupant la fosse iliaque-droite, mais il était difficile de sentir ses limites internes, et par ailleurs le toucher vaginal ne pouvait être pratiqué à cause de l'étroitesse de l'hymen. Nous attendîmes trois jours et la palpation fit nettement reconnaître les caractères d'une tuméfaction développée au niveau du cœcum. Le diagnostic fut ainsi posé : appendicite à rechutes, ayant déterminé une collection péri-cœcale par perforation. Et l'intervention fut aussitôt acceptée par la malade.

Opération le 18 juillet. — La malade étant préparée dans les jours précédents, je pratiquai le long du bord de la crête iliaque et de l'arcade fémorale une incision courbe de 15 centimètres qui conduisit sur une masse dure et résistante, repoussant le péritoine en dedans du volume du poing, et donnant l'idée d'une coque fibreuse épaisse renfermant une petite cavité purulente. Trois ponctions avec l'aspirateur Dieulafoy ne donnèrent aucun résultat. Je me décidai à inciser cette paroi fibreuse, et, après avoir traversé une épaisseur de 3 centimètres de tissus lardacés, la sonde cannelée pénétra dans une cavité contenant un peu de magma d'aspect caséux ; après avoir agrandi l'orifice, je plaçai un drain sortant par l'angle supérieur de la plaie qui fut suturée. Dans les jours suivants, la malade ne ressentit pas de grandes douleurs ; pas de fièvre ; et, dans le pansement il se fit un léger écoulement purulent par le drain. Celui-ci fut enlevé

le treizième jour, et alors on trouva des matières stercorales mêlées au pus. Dans les jours suivants cet écoulement intestinal fut très abondant. La malade se plaignait encore de douleurs épigastriques, mais ne vomissait plus.

Vers la fin d'août, l'orifice donnant du pus et quelques matières, je cherchai à le rétrécir en faisant des cautérisations au nitrate d'argent, puis au thermo-cautère. Il ne resta bientôt plus qu'une petite fistule ; mais à mesure que l'orifice se resserrait et que l'écoulement des matières intestinales diminuait, les coliques et les douleurs augmentaient et rappelaient l'état du début. Les accidents devinrent assez graves dans le milieu de l'année 1894. Malgré un régime sévère, les repas étaient souvent suivis de douleurs vives, et les coliques s'accompagnaient de borborygmes qui semblaient tous se produire au niveau de la fosse iliaque droite. De plus, la tuméfaction gardait toujours un volume assez grand, et le ventre était le plus souvent ballonné. En somme, on retrouvait tous les symptômes d'un rétrécissement intestinal qui de plus entretenait cette fistule stercorale intarissable.

Je proposai à la malade de faire une laparotomie exploratrice, me tenant prêt à faire une entéro-anastomose ou une résection intestinale, selon l'état des parties.

Deuxième opération, le 2 août 1894. — Une longue incision pratiquée le long du bord externe du grand droit de l'abdomen ouvrit le péritoine et permit de constater dans la fosse iliaque droite l'intestin grêle dilaté, vascularisé, venant former un coude à angle aigu, se terminant, au milieu d'adhérences et de soudures dans le cœcum, absolument méconnaissable, aplati par la masse fibreuse que nous avons trouvée dans la première intervention. Il fallait aller 15 ou 18 centimètres plus haut pour retrouver le côlon ascendant reprenant ses caractères, mais petit et resserré du volume du pouce.

Il y avait là bien nettement un obstacle au cours des matières,

et on ne pouvait songer à enlever cette masse inflammatoire soudée avec l'intestin sur la fosse iliaque. Je me décidai donc aussitôt à faire une entéro-anastomose. Je remontai sur l'intestin grêle de 20 centimètres environ ; j'amenai le point en contact avec le côlon transverse, et les portions d'intestin attirées hors de la plaie abdominale furent réunies d'abord par une suture séro-séreuse en surjet de 6 à 7 centimètres de long près des bords mésentériques : une incision de 5 centimètres ouvrit les deux intestins, et des muqueuses furent ourlées par leurs bords correspondant au moyen d'un surjet ; enfin la suture des séreuses fut terminée en assurant bien la solidité des angles. Le tout fut recouvert, enveloppé dans l'épiploon, et rentré dans la cavité abdominale, qui fut refermée par une suture à trois plans.

Les suites furent extrêmement simples, et après six jours de régime lacté exclusif commencé le deuxième jour, la constipation ayant été maintenue à l'aide de 0,45 centigrammes d'extract thébaïque par jour, la malade fut purgée et alla régulièrement ensuite à la selle. La convalescence fut très rapide, l'alimentation put se faire sans que les accidents se renouvelassent. Les grandes crises douloureuses, les borborygmes, ont disparu ; la malade a engraisé notablement, elle fait de grandes courses sans éprouver de douleurs notables, sauf quelques tiraillements « qui, dit-elle, doivent venir de l'intérieur encore mal affermi. » Il ne reste plus que la fistulette primitive qui donne encore un peu de pus chaque jour, et à deux ou trois reprises seulement a laissé passer un écoulement brunâtre.

CHAPITRE XI

REMARQUES SUR LES OBSERVATIONS D'ENTÉRO-ANASTOMOSE DE MAISONNEUVE.

De ces observations, prises dans leur ensemble, ressort un certain nombre de remarques qui serviront de bases à nos conclusions.

1° *Diagnostic des rétrécissements.* — Nous avons déjà signalé dans notre chapitre sur les rétrécissements intestinaux et leur diagnostic, un certain nombre de symptômes, variables dans leurs manifestations mais constants dans leur apparition, et qui sont en quelque sorte les petits signes de l'atrésie intestinale. Nous avons montré de quelle importance ils pouvaient être pour poser le diagnostic précoce qui permettra d'intervenir d'une façon réellement utile, à la période de début des rétrécissements. Ce tableau symptomatologique se retrouve dans les quelques observations détaillées que nous avons pu réunir : il n'a jamais manqué dans les cinq cas rapportés par M. Boiffin, où il a permis de porter le diagnostic.

2° *Résultats immédiats.* — En 1892, M. Jalaguier écrivait : « On est en droit de supposer si les résultats de l'entéro-anastomose, constatés dans le mémoire de M. Chaput, se continuent, que l'entéro-anastomose deviendra le procédé de choix pour le traitement du cancer de l'intestin. Si la proportion se maintient pour les opérations ultérieures, il est bien probable que la résection sera de moins en moins appliquée au cancer de l'intestin : on la réservera aux cas dans lesquels on aura la certitude de pouvoir faire, sans difficulté, une ablation totale et large, avec quelques chances de guérison. »

La statistique de M. Chaput, pour les seuls cas *d'entéro-anastomose simple sans résection*, accusait 5 guérisons et 1 mort sur 6 interventions. Il est bien évident que cette mortalité de 16,66 0/0 ne saurait, étant donné le petit nombre de cas, être prise au sérieux.

Appliquée au traitement des cancers intestinaux, l'entéro-anastomose de Maisonneuve a donné 13 guérisons et 1 mort sur 14 interventions. Et encore pourrait-on soutenir à juste titre qu'elle n'est pas la cause directe de ce décès. Dans ce cas malheureux, qui appartient à Ridet-Comte, on trouve à l'autopsie une perforation de la tumeur elle-même, qui se serait probablement produite en dehors de l'opération.

Nous pouvons joindre à ce nombre 1 cas d'entéro-anastomose pour tumeur de nature tuberculeuse, et nous obtenons :

15 interventions avec 14 guérisons et 1 mort.

Enfin, appliquée 6 fois au traitement de rétrécissement simple, cette opération a donné 6 guérisons.

Et comme il est bien évident que l'on peut réunir dans une même statistique et dans une même appréciation les résultats obtenus dans l'un et l'autre cas, puisque les conditions sont les mêmes, nous avons :

21 cas avec 20 guérisons et 1 mort.

Soit une mortalité de 4,76 0/0.

3° *Résultats éloignés.* — (A). *Rétrécissements cancéreux.* — Le grand intérêt serait de pouvoir constater ces résultats dans la plupart des cas afin de comparer, avec des documents sérieux, l'entéro-anastomose de Maisonneuve et les opérations que nous avons décrites. Malheureusement les renseignements ne sont ni assez précis, ni surtout assez nombreux pour qu'il soit possible de conclure d'une façon définitive. Voici ce que nous avons obtenu.

1° Cas de Wahl. — Résultat éloigné inconnu.

2° Cas de Abbe. — Survie de 3 mois 1/2 sans accidents intestinaux.

3° Cas de Willy-Meyer. — 42 jours après l'opération la malade avait engraisé de 16 livres, les accidents avaient disparu et la malade avait repris son travail. Depuis, aucun renseignement.

4° Cas de Zoegle Manteuffel. — Résultat éloigné inconnu.

6° Cas de Chaput-Terrillon. — Très bien 3 mois après, pas d'autres renseignements.

7° Cas de Rutherford Morison. — Mort de bronchite 2 mois 1/2 après l'opération, sans avoir ressenti de douleurs ni présenté de troubles intestinaux.

8° Cas de Littlewood. — Opération le 24 août 1891,

reprend son travail en octobre, est bien vers le milieu de l'année 1892.

9° Cas de Ashton. — Résultat éloigné inconnu.

10° Cas de Weir. — Très bien, sans douleurs ni troubles digestifs deux mois après l'opération.

11° Cas de Boiffin. — Survie de 18 mois, pas d'accidents intestinaux, mort par cachexie.

12° Cas d'Elliot. — 3 mois après le malade est bien et ne souffre pas. On n'a pas d'autres renseignements.

13° Cas de Boiffin. — Actuellement pas de douleurs, la malade reprend de l'embonpoint.

14° Cas de Boiffin. — Est sorti en bonne santé, pas de nouvelles depuis.

Nous pouvons tout au moins constater que, dans les cas suivis, l'entéro-anastomose a bien rempli son rôle palliatif des accidents d'obstruction et des douleurs qui les accompagnent. De toutes les observations ressort ce fait que toujours, sinon immédiatement, tout au moins dans un temps très rapproché de l'opération, les accidents ont cessé, les douleurs ont disparu, et la régularité des fonctions intestinales s'est établie et est demeurée permanente. Les malades sont morts de cachexie, de généralisation cancéreuse; pas un n'a succombé à des accidents d'obstruction; et les quelques autopsies pratiquées ont montré l'intégrité de l'orifice de communication (cas de R. Morison). Ce fait est gros de conséquence et acquiert une importance considérable, si nous concluons de ces résultats, obtenus dans le traitement du cancer, à ceux qu'il est permis d'espérer dans les rétrécissements simples, ou l'anastomose devra persister indéfiniment.

(B.) *Rétrécissements simples.* — M. Jalaguier portait sur l'entéro-anastomose appliquée au traitement des rétrécissements simples, l'appréciation suivante, en 1892: « Lorsqu'on a affaire à des rétrécissements non cancéreux de l'intestin, on n'a plus à compter sur la malignité de l'affection, et, s'il est démontré par les faits que les malades opérés par entéro-anastomose ont non-seulement guéri facilement de l'opération mais ont aussi recouvré l'intégrité de leurs fonctions digestives, l'entérectomie ne sera plus guère entreprise, car elle est beaucoup plus dangereuse. »

Notre statistique montre que dans les quatre cas d'entéro-anastomose pour rétrécissements simples qui ont pu être suivis, la guérison s'est maintenue et les fonctions digestives se sont régulièrement accomplies.

Le malade de Russel, opéré le 17 août 1889, était en très bonne santé 15 mois après l'opération : il avait repris son travail de garçon de ferme et ne ressentait aucun trouble du côté de l'intestin.

La petite malade de Homans, opérée le 27 décembre 1890, était très bien en novembre 1891. Elle avait considérablement engraisé et n'avait pas de troubles intestinaux.

Enfin les deux malades opérés par M. Boiffin et que nous avons pu suivre, sont actuellement en bonne santé.

L'observation de l'un (n. 17) a pu être prise presque régulièrement depuis près de cinq ans. Le malade a fait parvenir plusieurs fois de ses nouvelles et est venu se présenter à différentes reprises à M. Boiffin. Nous avons pu nous-même le voir récemment, et constater, comme

nous le disions à la fin de l'observation, « sa résurrection ». C'est le terme dont il se sert.

La seconde malade, d'observation plus récente, opérée en août 1894, est actuellement très bien, et n'éprouve plus les douleurs intestinales atroces qui la torturaient.

En présence de pareils résultats qui confirment si nettement les premiers obtenus, dont M. Chaput a fait l'histoire, il nous semble que l'entéro-anastomose se présente avec des conditions de succès suffisantes pour mériter qu'on y attache plus que jamais une grande attention. Il est bien évident que des conclusions vraiment sûres ne sauraient être portées d'après l'examen d'un nombre de cas aussi restreint. Il est possible que nous en ayons ignoré quelques-uns, ou que des succès n'aient pas été publiés. Mais nous croyons cependant que le jour où, réunissant tous les faits dans tous leurs détails, en possession de documents complets sur tous les malades consciencieusement suivis pendant longtemps, quelque chirurgien pourra présenter de nouvelles et plus sérieuses preuves, il confirmera les espérances fondées, et l'entéro-anastomose sera généralement appliquée, non plus comme opération de renoncement comme autrefois, mais d'emblée comme opération de choix, au traitement de rétrécissements intestinaux. Ce ne sera pas là l'œuvre d'un seul : il faudra la patiente attention de tous les opérateurs, et ce sera des observations de tous, de l'histoire complète des opérés, que sortiront les principes définitifs de cette méthode, déjà si féconde en beaux résultats,

CONCLUSIONS

1° Les rétrécissements intestinaux, — rectum excepté — de quelque nature qu'ils soient, se`rèvelent par un ensemble de symptômes constants, de troubles digestifs, par lesquels se manifeste la lutte des parois musculaires de l'intestin contre l'obstacle du cours des matières, et qui permettent de porter un diagnostic tout au moins de probabilité à un moment plus éloigné du début de leur évolution, et de tenter la laparotomie exploratrice.

2° L'intervention doit être précoce dans le traitement des tumeurs et des rétrécissements simples de l'intestin : elle doit autant que possible se faire en dehors des accidents d'obstruction intestinale, avant leur apparition.

3° L'entérectomie suivie d'entérorraphie peut être rarement appliquée dans le cas de tumeur petite, isolable, sans infection ganglionnaire lointaine, et tout en réservant le pronostic, étant donnée la constance de la récive.

4° Dans le cas de tumeur inopérable, ou s'accompagnant d'infection ganglionnaire étendue, l'intervention de

choix sera l'entéro-anastomose simple, en un temps, sans résection.

5° Dans le cas de rétrécissement simple, l'intervention de choix sera l'entéro-anastomose simple, en un temps, sans résection.

6°. Si l'entéro-anastomose est contre-indiquée par les accidents d'obstruction, par l'état général ou par l'âge du sujet, on se résignera à établir un anus contre nature qui pourra n'être que temporaire dans quelques cas.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abbe.** — Intestinal anastomosis and suturing. *Medic. rec.* New-York, 1892.
- Abbe et Matas.** — *Medic. news.*, 1889.
- Ashton.** — *Maryland medic. Journ.* Baltimore, 1892.
- Baracz Swedish.** — *Arch. f. Klin. chirurg.* Berlin, 1892. 513-579.
- Bloch O.** — Traitement extra-abdominal du cancer intestinal. *Arch. médicales du Nord.* XXXIII, n° 1, 1892.
- Boiffin.** — *Bullet. et mém. de la Société de chirurgie.* Paris, 1891, 305-309.
- *Arch. provinc. de chirurg.* 1891. *Trait. chirurg. de l'invaginat. chronique.*
- Du traitement chirurgical des tum. de l'intestin. *Revue de chirurgie*, 1892.
- Brokaw.** — *Medical review.*, 1889.
- Bueteau.** — De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement. Thèse, Paris, 1878.
- Braun.** — Ueber die entero-anastomose, etc. *Arch. f. Klin. chirurg.* Berlin, 1872. 3. — 350-360.
- *Archives générales de médecine*, 1882. 7^e série. T. CL, p. 20.

- Chaput.** — Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires. Paris, 1892.
- De l'entéro-anastomose ou opération de Maisonneuve. Archives générales de médecine, p. 551. T. 1^{er} 1891.
- Comte.** — Revue médic. Suisse romande, 1889, p. 580.
- Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale. Rev. méd. Suisse romande. XII. 133-261, 1892.
- Currier.** — New-York Journ. gynaec. and obstetr. 1892-46.
- Delagénière.** — De la cholécystentérostomie. Th. Paris, 1890.
- Dict. Jaccoud.** — T. XIX, 1874. Art. intestin. A. Luton et A. Desprez.
- T. XXXI. Art. rétrécissement. 1882. Letulle.
- Dict. Dechambre.** — T. XVI. Art. intestin. Blachez, 4^e série, 1889.
- T. XIX. Art. côlon. E. Bertin.
- T. IV. 3^e série, 1876. Art. rétrécissement. Verneuil.
- Davis.** — Times and register. Philadelphie, 1890.
- Dawbarn.** — Ann. Surg. Philadel. 1873, XVII, et medic. record. N. Y. 1891-725-729.
- Doyen.** — Contribution à l'étude de la chirurgie de l'estomac et de l'intestin. Arch. provinc. chirurg. 1892. T. 1^{er}, p. 73.
- Erckelen.** — Arch. f. Klin. Chir. Langenbeck. 1879, p. 41.
- Elliot.** — Boston med. and surg. Journ., 22 mars 1894.
- Follin et Duplay.** — Traité de pathologie externe. T. VI.
- Forgues et Reclus.** — Traité de thérapeutique chirurgicale. T. II.
- Gilette.** — Intestinal anastomosis Toledo m. et s. reporter, 1891, 22-27.
- Gross.** — De l'iléo-côlostomie. Semaine médicale, p. 53, 1892.
- Halstedd.** — Intestinal anastomosis. John Hopkins hospital Bull. Baltimore. 1891. II. 1-4.
- Hausmann.** — Du cancer de l'intestin. Th. Paris, 1882.

- V. Haker.** — Ueber die Bedeutung der Anastomosenbildung am Darm., etc. Wien. Klin. Wochenschrift, 1888, p. 309 et 389. Zur operator der Darmanastomose. Wien. Klin. Wochensch., 1892.
- V. Häuer.** — Zeitsch. f. Heilk. Prag., 1884.
- Hochenegg.** — Semaine médicale, 1891, p. 487-488.
- Homant.** — Boston med. and surg. journ., 1891, 125, p. 448.
- Jalaguier.** — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus. T. VI.
- Jessett (B.).** — The Lancet, 14 février 1891. British med. journ. 15 juin 1891.
- Koenig.** — Traité de pathologie chirurgicale. T. II.
- Littlewood.** — Lancet, 1892. T. I, p. 864.
- Magill.** — Approximation viscérale par plaques résorbables. Th. Paris, 1894.
- Manteuffel (Z.).** — Société allemande de chirurgie, 1889, p. 68.
- Matignon.** — Journ. de méd. de Bordeaux, 1893, XXII, p. 47-50.
- Maturié.** — Traitement de l'occlusion intestinale. Th. Paris, 1890.
- Willy-Meyer.** — New-York medic. record., n. 21, 1888.
- Ruth-Morison.** — British medic. journ., 22 avril, 1893, p. 841.
- Nicoladoni.** — Wien. med. Press., n. 250, 1887. An. in rev. des Sc. médic., 1888.
- Peyrot.** — Thèse d'Agrégation, 1888.
- Rafinesque.** — Etude sur les invaginations intestinales chroniques. Th. Paris, 1878.
- Robinson.** — Ann. g. obstets. New-York, 1893, XXVII, 108, III.
- Robson (M.).** — British medic. journ., avril 1893.
- Russel.** — New-York, med. journ., p. 673, décembre 1890.
- Salzer.** — Centralblatt f. chir., 1891, n. 26. Rev. chir., 1891, p. 928, au vingtième congrès chirurg. allemand, Berlin, 1891.

- Willy-Sachs.** — Centralbl. für chirurg., 4 oct. 1890.
- Schramm.** — Langenbeck's Archiv. Band. XXX, heft 4, 1891.
- Senn.** — Annales de chirurgie, 1886. T. VII, 1888, etc. Intestinal Surgery, 1890.
- Tardif.** — Les anastomoses viscérales sans sutures. T. Paris, 1894.
- Trèves.** — Intestinal obstruction, wits varieties, with their pathology, diagnosic and treatment, 1890.
- Vassor.** — De l'étranglement interne. Th. Paris, 1890.
- Wahl.** — Saint-Pétersbourg, Medic. Wochensch., n. 24, 1889.
- Weir.** — Medic. record. New-York, 1892, 399.
- Wilhelm.** — De la gastro-entérostomie. Th. Nancy, 1893.

